Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Marburg
(Direktor: Prof. Dr. med. H. Jacob)

Klinische Untersuchungen über das Vorkommen psychosomatischer Störungen im Rahmen der neurologisch-psychiatrischen Klinik unter besonderer Berücksichtigung gastro-intestinaler Störungen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
der hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von
Brigitte Enders, geb. Humberg
aus Minden

Marburg 1969

Fotodruck: Erich Mauersberger, Marburg

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Marburg
(Direktor: Prof. Dr. med. H. Jacob)

Klinische Untersuchungen über das Vorkommen psychosomatischer Störungen im Rahmen der neurologisch-psychiatrischen Klinik unter besonderer Berücksichtigung gastro-intestinaler Störungen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
der hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von
Brigitte Enders, geb. Humberg
aus Minden

Marburg 1969

Fotodruck: Erich Mauersberger, Marburg

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Marburg am 30. Januar 1969

Dekan: Prof. Dr. med. W. Straub
Referent: Prof. Dr. med. U. Spiegelberg
Correferent: Prof. Dr. med., Dr. phil. H. Ehrhardt

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

INHALTSVERZEICHNIS

A. Einleitung	Seite 1 - 12
B. Spezieller Teil	Seite 13- 66
I. Fragestellung	Seite 13
II. Methode und Material	Seite 14-23
a) Methode	Seite 14-18
b) Material	Seite 19-23
III. Einzelfälle	Seite 24-36
IV. Zahlenmäßige Ergebnisse	Seite 37-66
C. Literaturreferat	Seite 67-77
D. Diskussion	Seite 78-84
E. Zusammfassung	Seite 85
F. Literaturverzeichnis	Seite 86-91

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534905_0002

Einleitung

In der Medizin gibt es seit altersher das Problem der psychophysischen Zusammenhänge bei den Verdauungsfunktionen, und es sind die verschiedensten Auffassungen entwickelt worden. Bis in unser Jahrhundert hinein sah man die Magen-Darm-Leiden als ätiologisch für die Psychosen an, da Abdominalsymptome überaus häufig bei Psychosen gefunden wurden. Als erster setzte sich DREYFUS 1907 gegen die alte Theorie ein, dessen Ausführungen von H. W. GRUHLE 1953 folgendermaßen wieder aufgegriffen wurden:

"Heute zweifelt man nicht daran, daß Melancholien in der Tat mit Darmträgheit und anderen Funktionsstörungen des Verdauungstraktes verbunden sind; man schwankt noch in dem Glauben, für die Wichtigkeit, die seelisch-konstitutionelle Momente und Lebenskonflikte für die Entstehung des Magen- und Duodenalgeschwürs haben, aber man ist dessen gewiß, daß gewöhnliche Magenalterationen keine Psychosen hervorbringen können."

Auch EWALD maß in seinem Handbuchbeitrag 1928 diesen kausal-ätiologischen Zusammenhängen zwischen Magen-Darm-Störungen und Psychosen nur noch historisches Interesse bei. In den folgenden Jahren wurden die Magen-Darm-Erkrankungen, insbesondere die Ulcuskrankheit, zum Gegenstand zahlreicher psychoanalytischer und psychosomatischer Forschungen.

Heute gilt das gehäufte Auftreten von psychopathologischen Befunden bei Patienten, die an Magen-Darm-Erkrankungen leiden, als gesichert, wenn auch die Existenz von determinierenden Faktoren im somatischen Bereich keineswegs geleugnet wird.

"In Übereinstimmung mit WIECK und im Gegensatz zu GLATZEL, JORES und verschiedenen anderen haben wir uns nicht davon überzeugt, daß das Ulcus pepticum generell auf psychisch-soziale Ursachen zurückzuführen ist. Die jahreszeitliche Periodik, Tagesschwankungen und sichere klinische Kombinationen von Zyklothymie und Ulcus pepticum, teils synchron, teils alternierend, lassen immer wieder an pathogenetische Beziehungen denken."
(SPIEGELBERG)

Die Auffassungen weichen also stark voneinander ab. Auf der einen Seite stehen die Untersuchungen, die emotionale Faktoren für die Entstehung von Abdominalerkrankungen finden: "So darf man sagen, daß es heute keine Tatsache in der psychologischen Medizin gibt, die besser grundiert ist, als die psychologische Bedeutung für die Entstehung des Ulcus." (JORES) - und auf der anderen Seite die, die dies nicht bestätigen können: "Es zeigt sich demnach, daß eine Häufung abnormer Persönlichkeiten unter den Ulcuskranken nicht vorliegt, wie auch umgekehrt bei abnormen Persönlichkeiten im Rahmen abnormer Erlebnisreaktionen das Ulcus nicht häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung auftritt."
(WIECK)

Im Verlauf unserer Untersuchungen werden wir auf diese und andere Untersuchungsergebnisse noch näher eingehen.

Grundsätzlich gilt, daß die aus Körper und Seele bestehende Einheit des Menschen sowohl vom Somatischen als auch vom Psychischen her beeinflußbar ist, so daß sich also theoretisch psychische Faktoren auf jedes Krankheitsbild auswirken können. FREUD wandte sich als einer der ersten am Ende des vorigen Jahrhunderts systematisch und wissenschaftlich den Triebkräften zu, die körperliche Funktionen stören und krankhaft verändern können. Juan J. López Ibor

schreibt hierzu in seinem Handbuchbeitrag: "Entscheidend für den gegenwärtigen Aufschwung der psychosomatischen Medizin war das Auftreten der Psychoanalyse. Freud entdeckte das psychodynamische Gefüge der Neurosen. Später erstreckte sich der Versuch, die Neurosen psychodynamisch zu erklären, auch auf die Psychosen und schließlich auf die organischen Krankheiten."

ALEXANDER, einer der Mitbegründer der neueren psychosomatischen Medizin beschreibt 1951 die psychischen Einwirkungen auf den Magen-Darm-Trakt folgendermaßen: "Ganz allgemein läßt sich sagen, daß ein nach außen gekehrtes Interesse, besonders intensive Wut oder Furcht, einen hemmenden Einfluß auf den Verdauungstrakt ausübt, und zwar sowohl auf die Sekretionsvorgänge im Magen und Darm als auch auf die Peristaltik. Die normalerweise die gastro-intestinalen Funktionen anregenden emotionalen Haltungen sind Hunger, Anblick oder Duft von Nahrung, das Verlangen, ernährt zu werden, und das weniger konkrete Verlangen nach Hilfe und Entspannung. Bei gastro-intestinalen Störungen ist die harmonische Abstimmung der Magen-Darm-Tätigkeit auf den Allgemeinzustand des Organismus gestört."

Voraussetzung für die neue Betrachtungsweise war die von FREUD begründete Psychoanalyse. Sie gab den Boden für eine Einbeziehung seelischer Triebkräfte in die Interpretation somatischer Erscheinungen ab. Der entscheidende Anstoß für eine neue, ganzheitliche Betrachtung kam aber von der Inneren Medizin - nicht, wie zu erwarten gewesen wäre, von der Psychiatrie. Um die differenzierten, ursächlichen Momente bei den mannigfaltigen Funktionsstörungen des Magens ohne pathologisch-anatomisches Substrat erklären zu können, wurde der Begriff der Magenneurose wieder aufgegriffen. In ihre Beschreibung gingen nun die Begriffe der inzwischen weiter entwickelten Psycho-

analyse - auch neue Erkenntnisse aus dem Bereich der Biochemie und Physiologie - ein.

Wir stehen heute einer großen Anzahl von psychosomatischen Arbeiten (ALEXANDER, GLATZEL, HAGSPHIHL, JORES, BIRKMAYER, GARMA, HEYER u. v. a.) und experimentellen Untersuchungen (WOLF und WOLFF, PAWLOW, BOGEN, BERGMANN, MIRSKY, von NOORDEN u. v. a.) gegenüber, die kaum noch überschaubar ist. Einen Überblick und eine teilweise Zusammenfassung der experimentellen Ergebnisse gibt SCHWIDDER. "Alle erdenklichen mechanischen, chemischen und psychologischen Reizwirkungen wurden hinsichtlich des eintretenden Effektes geprüft. Das wichtigste Ergebnis war jedoch, daß die im allgemeinen zu beobachtenden physiologischen Gesetzwirkungen unter dem Einfluß von Wünschen und Enttäuschungen, von Affekten und Stimmungen vollkommen abgewandelt und sogar ins Gegenteil verkehrt werden können."

Alle diese Untersuchungen, die sich hauptsächlich mit der Sekretion des Magen-Darm-Traktes beschäftigen, bestätigen, daß die Funktionsabläufe rein psychisch zu verändern sind. So können Sinneseindrücke von Nahrungsmitteln die Sekretion nach Volumen, Acidität und Pepsingehalt steigern, Vorstellungen spontaner und suggerierter Art (Hypnose) haben die gleiche Wirkung, ebenso das Denken an Nahrungsmittel oder Essen. Sekretionsfördernd sind weiterhin Affekte wie Zorn und Wut, Angst, Sorgen, Ärger, Begehren. Hemmend wirken plötzlicher Schreck, langdauernde Unlustaffekte, depressive Affekte, Resignation. Von Bedeutung bei der psychophysiologischen Zuordnung der Ergebnisse ist die Grundstimmungslage des Menschen, denn in veränderter Sekretionsfunktion können sich psychische Reize sogar entgegengesetzt auswirken.

Hinweise über die prinzipiellen Einwirkungsmöglichkeiten finden wir bei SCHWIDDER:

" 1. - Es besteht ein Zusammenhang zwischen bewußt erlebten Affekten und Funktionsänderungen.

2. - Spezifische biologische Korrelationen. Allgemeine affektive Erregungen und ganz bestimmte spezifische Affekte (Habgier, Geiz), die ihre Korrelate in der Funktion des Verdauungstraktes haben.

3. - Sehr heftige Affekte oder Versagenssituationen ("Scheinfütterungsversuche").

4. - Verdrängung und Hemmung gesunder, ursprünglicher Bedürfnisse.

5. - Koppelung von Erlebnissen, die sich später nach Art bedingter Reflexe auswirken.

6. - Symbolhafte Darstellung seelischer Faktoren."

So umstritten der Begriff der psychosomatischen Medizin ist, dem der Vorwurf gemacht wird, ungewollt die kartesianische Dualität zwischen Seele und Körper auszudrücken (LÓPEZ-IBOR), die der psychosomatische Gesichtspunkt ja gerade vermeiden will, so verschieden sind auch die Auffassungen über die Einteilung der psychosomatischen Erkrankungen. Zu den klassischen psychosomatischen Erkrankungen im Magen-Darm-Bereich gehören das Ulcus pepticum und die Colitis ulcerosa. HALLIDAY zählt neben der Gastritis auch Erkrankungen dazu, deren somatische Determinierung offensichtlich ist, wie Fälle von Haemorrhoiden und Krankheiten der Gallenblase. Er beweist ihre Zugehörigkeit zur psychosomatischen Pathologie damit, daß die psychologischen Gesichtspunkte, auf sie angewandt, die ätiologischen Kenntnisse dieser Krankheiten sehr erweitern. Die psychosomatische Pathologie ist also eher ein Gesichtspunkt als eine Gruppe von Krankheiten. (LÓPEZ-IBOR).

ALEXANDER teilt ein in Störungen der Verdauungsfunktionen, zu denen die Magenneurosen (funktionelle Magensymptome) und das Magengeschwür gehören, und in Störungen der Ausscheidungsfunktionen, d.s. die chronische Diarrhoe, spastische Colitis, Colitis mucosa und die Colitis ulcerosa. Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die psychosomatischen Veränderungen im Magen-Darm-Trakt, bei deren Genese die Bedeutung psycho-soziogener Faktoren allgemein anerkannt ist. Das sind: Gastritis, Ulcus pepticum, Ulcus duodeni, Colitis ulcerosa, Formen der nicht toxischen Diarrhoe, habituelle Obstipation.

Viele funktionell-gastrische Symptome sind sekundär als Ergebnis falscher Eßgewohnheiten aufzufassen. Solche Gewohnheiten, wie z.B. schlechtes Kauen, zu schnelles Essen, Luftschlucken, Maßlosigkeit und Wahllosigkeit in der Zusammenstellung der Nahrung, sind häufig Ausdruck emotionaler Konflikte. Diese Störungen können daher als psychogen angesehen werden. Die Überbelastung des Magens kann durch andauernde ungesunde Eßgewohnheiten zu lokalen Störungen (Gastritis) führen (ALEXANDER).
Für die Entstehung des Ulcus geben chronische emotionelle Spannungen, psychische Veränderungen (ALEXANDER), Stimmungsalterationen via vegetatives Nervensystem, Gefäßsystem und Sekretionsvorgängen die unmittelbare Ursache der Geschwürsentstehung ab. Die Ulcus-Krankheit ist also ein in Schüben verlaufendes, chronisches Leiden, das nur dann auftritt, wenn der disponierte Mensch in bestimmte Konfliktsituationen gerät (GLATZEL). Disposition wird also durch die Persönlichkeitsstruktur und Lebensgeschichte gegeben; hinzu kommt eine spezifische Konfliktsituation" (SCHWIDDER).
Über die Spezifität der Persönlichkeitsstruktur und der damit ver-

bundenen oder dazugehörigen Konflikte liegt eine umfangreiche Literatur vor.

Über die Colitis ulcerosa sind in den letzten fünfzehn Jahren zahlreiche Forschungen sowohl von der somatischen als auch von der psychischen Seite her durchgeführt worden. (FAHRLÄNDER, RATH, CURTIUS, SPIEGELBERG, GARMA, PANETH, DANIELS). Es ist aber trotzdem noch keine absolute Übereinstimmung über Pathogenese und Ätiologie der Krankheit erzielt worden. ALEXANDER referierte 1950 über die damals vorliegenden Ergebnisse und findet, daß gewisse Beobachtungen und psychodynamische Formulierungen in den Arbeiten beständig wiedervorkommen. C. D. MURRAY hatte 1930 als erster Autor über psychische Auffälligkeiten bei Colitis ulcerosa Patienten berichtet. SPIEGELBERG bestätigt 1965 die Beobachtungen zahlreicher Autoren über auffällige psychische Verhaltensweisen der Colitis ulcerosa Patienten anhand einer unausgewählten Serie von 26 eigenen Fällen. ENGEL kommt in seiner 1961 publizierten Arbeit zu dem Ergebnis, daß die Colitis ulcerosa eine spezifisch menschliche Erkrankung ist, der eine spezifische Erlebnisverarbeitung zugrunde liegt und die durch spezifische Situationen ausgelöst wird. In der Tat bleiben Tierversuche, die auf die experimentelle Erzeugung von Colonläsionen hinzielten (WARREN und COBERNIK) negativ.

Darmfunktionsstörungen, wie Obstipationen und Diarrhoe, können in affektiv belasteten Lebenssituationen als primär psychische Funktionsstörungen ohne tiefergreifende neurotische Persönlichkeitsveränderung vorkommen. Neurotische Fehlentwicklungen kommen besonders häufig bei chronisch habitueller Obstipation und bei chronisch verlaufenden, nicht spezifischen Diarrhoen vor. Nach

einer Mitteilung ROHRMOSERs sind psycho-neurotische Durchfälle wesentlich seltener als Obstipationen. Auch WINTER fand unter 200 Betriebsangehörigen 29, die über chronische Obstipation klagten, und nur 6, die über wiederkehrende, therapieresistente Diarrhoen berichteten.
ALEXANDER und MENNINGER beobachteten das häufige Vorkommen von chronischer Obstipation bei der depressiven Charakterstrukturentwicklung, insbesondere bei paranoischer Verarbeitung.

Zur Ätiologie der Magen-Darm-Erkrankungen, insbesondere des Ulcus gibt es zahlreiche Theorien, von denen keine die volle Anerkennung erlangt hat. Von der rein naturwissenschaftlichen Seite her konnten die Wurzeln der Ulcus-Krankheit nicht aufgedeckt werden (GLATZEL). Der Embolietheorie VIRCHOWs, der Nekrosetheorie ASCHOFFs, der Gastritistheorie GUTZEITs, der vasomotorischen lokalen Ischämie als Grundlage der neurogenen Theorie von v. BERGMANN ist gemeinsam, daß sie den pathogenetischen Hauptfaktor in das periphere Organ verlegen. Neben diesen lokalen Faktoren liegen aber auch untrügliche Beweise vor, daß auch Funktionsstörungen des Nervensystems ein Ulcus erzeugen können (HAUSER). Neben der Neuritis des Nervus vagus als Ulcusgenese (G. HOLLER) und der spinalen Läsion als Ulcusgenese (MOGILNITZKI, GAGEL-CZEMBIREK) hat vor allem die Mitteilung CUSHINGs Beachtung gefunden. Über die Beziehungen von Gehirntumoren und Magen-Darm-Ulcerationen berichten TÖNNIS und BISCHOF. Anhand einer Literaturübersicht unterscheiden die Autoren zwischen Magen-Darm-Erscheinungen, die von der Hirnrinde, vom Zwischenhirn, vom Rückenmark, von der Haut und vom vegetativen Nervensystem ausgelöst werden. Bei eigenen Beobachtungen von Magen-Darm-Symptomen bei Erkran-

kungen des Zentralnervensystems fanden die Autoren:

1.) Präoperative Magen-Darm-Symptome bei cerebralen Prozessen. In dieser Gruppe hatten 2, 2% der Untersuchten in der Anamnese Magen-Darm-Erscheinungen. Bei den cerebralen Prozessen war die Lokalisation in der hinteren Schädelgrube am häufigsten, danach kamen im Großhirnraum die temporalen und basalen Prozesse. Alle Arten von Hirnprozessen (Gliome, Meningiome, Abszesse, Blutungen und Verletzungen etc.) führten zu Symptomen des Magen-Darm-Traktes, insbesondere zu Schmerzen, Ulcera, Gastritiden und Pylorusspasmen.

2.) Postoperative Magen-Darm-Symptome bei cerebralen Prozessen.

3.) Magen-Darm-Symptome bei medullären Prozessen:

a.) Präoperativ

In 1, 3% der Fälle (12 Fälle von insgesamt 890 Rückenmarksläsionen) treten Magenbeschwerden, Oberbauchbeschwerden, Druck in der Nabelgegend, Darmkrämpfe und anfallsweise Schmerzen im Abdomen, in einer Dauer von Wochen bis zu acht Jahren auf.

b.) Postoperativ

Es wurde aber keine umschriebene Stelle des Gehirns gefunden, die man als ursächlich für trophische Störungen des Magen-Darm-Traktes annehmen könnte.

Bereits ein Schüler MAGENDIES, M. SCHIFF, sah, wie nach einseitiger Läsion im Bereich des Thalamus im Hirnschenkel bei Hunden und Kaninchen einige Tage nach der Operation Erweichungen und sogar Perforationen der Magenwand auftraten.

MOGILNITZKY und BURDENKO wollen bei Reizung oder bei Zerstörung der vegetativen Zentren des Zwischenhirns, und zwar besonders in der Nähe des Corpus Luysii und durch Stichverletzungen in den lateralen Gebieten des Hypothalamus, nicht nur hämorrhagische Erosionen und Perforationen sondern sogar chronische Ulcera eben dort festgestellt haben.

Nach im Bereiche des Hypothalamus ausgeführten Operationen konnte M. MAHONEY bei einem Schimpansen eine Magenperforation beobachten. Mit diesen tierexperimentellen Beobachtungen decken sich die klinisch-anatomischen Untersuchungsbefunde von MOGILNITZKY, BURDENKO und KARST völlig, die bei Tumoren des Di- und Mesencephalons Magen- und Duodenalulcera feststellen konnten. Die Beobachtungen wurden auch von CUSHING sowie BODECHTEL bestätigt (GAGEL).

In den letzten Jahren haben nun die Erforschung des Nervensystems, insbesondere des Diencephalons und die Entdeckung des retikulären Systems durch MAGOUN und seine Mitarbeiter, die Kenntnisse über die kortikalen Funktionen sehr erweitert. Setzen wir nun diese neurophysiologischen Befunde mit den modernen klinischen Erfahrungen in Beziehung, so sieht man, wie gerechtfertigt es ist, auf die Interferenzen zwischen der Pathologie des Diencephalons und der psychosomatischen Medizin hinzuweisen (LOPEZ-IBOR). Der Schritt von der neurophysiologischen Untersuchung zur psychologischen Interpretation wird aber in vielen, neuen Arbeiten mit großer Leichtigkeit unternommen. OSTROW, z.B., formuliert einige Theorien von der Lokalisation der Instinkte und geht dabei von den Erfahrungen von KLÜVER und BUCY sowie von SCHREINER und KLING aus. BIRKMAYER zeigt einen neurophysiologischen Weg für die psychologische Konzeption FREUDs, um so die Universalität

des ärztlichen Denkens wiederherzustellen.

"Bei Emotionen, denen der natürliche Weg des Abreagierens versperrt ist, wird die angeschoppte Energie in den somatischen Bereich substituiert. Der seelische wie der körperliche Stress strömt über die psychosomatische Schaltstelle des Hypothalamus -Hypophysensystems in den vegetativen Resonanzboden.(SELYE, STURM. GRINKER). Diesem Funktionskreis ist der Thalamus als Integrationszentrum (H. HOFF) übergeordnet. Sämtliche Reize der Außenwelt wie die des inneren Körpermilieus erfahren hier ihre emotionale Tönung und ihre biologische Wertigkeit. Der Thalamus hemmt im Sinne der Zentrenhierarchie H. JACKSONs den hypothalamisch-hypophysären Funktionskreis und steht andererseits mit dem Cortex in einer wechselseitigen, fördernden bzw. hemmenden Funktionskoppelung. Auf diesem skizzierten Weg ist die morphologische Struktur der cortico-visceralen Reflexe BYKOWs und IWANOW SMOLENSKYs zu projizieren. Die Neurose kann nur als Regression von der psychisch-corticalen auf eine vegetativ-subcorticale Reizbewältigung angesehen werden. Die Regression ist damit ein analoges Phänomen wie der Schlaf, der ebenfalls vom Stammhirn geschaltet wird (SUTERMEISTER). Unter diesem Gesichtspunkt erscheint der Hypothalamus sowohl als pathogen als auch pathoplastisch (BURGER). Das Nervensystem selbst kann die äußere Erscheinung der Krankheit organisieren."

Nach GAGEL müssen zur völligen Anerkennung der Neurogenese des Ulcus auch psychische Faktoren berücksichtigt werden, d.h., es muß eine organische Psychopathologie corticaler und diencephaler Genese in Betracht gezogen werden.

Es ist jedoch schwierig, mit all den Entdeckungen und Hypothesen der Neurophysiologie eine ausreichend erklärende Grundlage dessen zu finden, was auf der psychischen Ebene vor sich geht (ENGEL).

Die Neurophysiologie muß noch große Fortschritte machen, damit die psychosomatische Pathologie sich tatsächlich darauf stützen kann (LÓPEZ-IBOR). Die Ätiologie der psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen ist also letztlich noch immer umstritten und ungeklärt. SPIEGELBERG kommt auf Grund eigener Untersuchungen und nach intensivem Literaturstudium zu dem Ergebnis, "daß auf psycho-pathologischem Gebiet mit ausschließlich charakterologischem wie auf rein tiefenpsychologischem, d.h. im Wesen biographisch-neurosenpsychologischen, Vorgehen kaum mehr als eine scheinbare Schließung der offensichtlich immer noch weit klaffenden Lücke ätiologisch-pathogenetischer Fragestellungen erreicht werden kann. Auch mit der Einbeziehung des Zwischenhirns in kausalgenetische Hypothesen ist unter kritischer Sicht nichts eigentlich Klärendes gegeben. Daß sich ein Großteil der diesbezüglichen lokalisatorischen Annahmen auf tierexperimentelle Ergebnisse stützen muß, erhöht nur die Fragwürdigkeit der Anwendung auf Verhältnisse beim Menschen". SPIEGELBERG schlägt einen neuen Weg ein, der im Rahmen der internistisch-psychoanalytischen Betrachtungsweise naturgemäß nicht beachtet wurde, und zwar stellt er auf Grund klinischer Erfahrungen die Beziehungen dar, die die psychosomatischen Krankheiten zu den Psychosen haben. Gleiche Gedanken äußert LÓPEZ-IBOR, der sogar wesentliche Beziehungen zwischen psychosomatischen Erkrankungen und den endogenbiologischen, zyklothymen Störungen sieht.

I. Fragestellung

Unsere Untersuchungen sind eine spezielle Fortführung der von SPIEGELBERG in seiner 1955 veröffentlichten Arbeit über Beziehungen endogener Psychosen zu körperlichen Krankheiten gewonnenen Ergebnisse. Während SPIEGELBERGs Arbeit primär kasuistisch orientiert ist, haben wir die Häufigkeit psychosomatischer Krankheiten unter besonderer Berücksichtigung gastro-intestinaler Symptome bei 400 Kranken einer neurologisch-psychiatrischen Klinik zu ermitteln.

Es ist zu unterscheiden zwischen:

1. Leichten, unklaren, zu vernachlässigenden Störungen,
2. Relevanten aber unklaren Störungen,
3. Gastro-duodenal-Erkrankungen, funktionell,
4. Ulcus pepticum (Magen oder Zwölffingerdarm),
5. Habitueller Obstipation,
6. Colitis ulcerosa,
7. Häufigen Diarrhoen,
8. Carcinomen und sonstigem.

Dabei sind die Erkrankungen der ersten und der letzten Gruppe in die zahlenmäßige Häufigkeit nicht aufzunehmen.

Eventuelle Relationen zwischen einer Magen-Darm-Symptomatik und anderen psychosomatischen Erkrankungen und zwischen einer Magen-Darm-Symptomatik und speziellen neurotischen Manifestationen sind zu untersuchen. Die Frage von Zusammenhängen zwischen einer speziellen psychosomatischen Familienanamnese - Familienstand, Sozialniveau, Beruf, Bildungsweg, Suicidneigung, Primärpersönlichkeit und Umweltsituation - sind zu eruieren; eine endgültige Auswertung erfolgt nach Abschluß der gesamten psychosomatischen Studie in einem Rechenzentrum.

II. Methode und Material

a) Methode

Die vorliegende Arbeit beruht auf Untersuchungsergebnissen, die an der Psychiatrischen- und Nervenklinik der Universität Marburg gewonnen wurden. Es handelt sich um einen Teil einer größeren psychosomatischen Studie, die nach einer halbschematischen, explorativen Fragebogenmethode von einem Team unter der Leitung von Herrn Professor Dr. U. SPIEGELBERG durchgeführt wird. Eine erste Arbeit wurde in dieser Reihe von ROGOLL geschrieben. WELTER nimmt in einer noch primär kasuistischen Arbeit zum Problem der psycho-somato und somato-psycho Katagenese (LÓPEZ-IBOR und SPIEGELBERG) eingehend Stellung. Auf ihre grundlegenden Ausführungen zur Methodik möchten wir in diesem Rahmen hinweisen.
Der Konzeption der Arbeit liegt der Gedanke BOCHNIKs zugrunde, daß die Gesamtsituation des kranken Menschen aus dem Zusammenwirken dreier vieldimensionaler Faktorenkomplexe, nämlich Krankheit, Person, Sozialfeld, resultiert. Von ihm wurde 1964 ein Fragebogen entworfen, in welchem die Komplexe aufgegliedert sind. SPIEGELBERG hat diesen Bogen mit 30 speziellen Zusatzfragen ergänzt. Die endgültige Auswertung wird eine exakte, statistische sein, die in einem Rechenzentrum ausgeführt werden soll: "Im Hinblick auf Regelhaftigkeit, Stärke und Zufallwahrscheinlichkeit" (BOCHNIK). BOCHNIK sagt zur Begründung dieser Methodik, daß die meisten Gegenstände unserer klinischen Erfahrung strukturell in sich differenziert sind, "und mit vielen anderen Sachverhalten der verschiedenen Ebenen engerer oder lockerer verknüpft. Innere Gliederungen oder äußere Verknüpfungen sind im Stadium der klinischen Begriffsbildung meist nur ungenau bekannt."

Der Bogen von BOCHNIK enthält insgesamt 79 Fragen, die sich in folgende Gruppen zusammenfassen lassen, s. beiliegendes Muster:

Gruppe 1: umfaßt allgemein persönliche Daten, wie Alter, Geschlecht, Familienstand und Sozialniveau,

Gruppe 2: beschreibt die berufliche Laufbahn,

Gruppe 3: gibt Aufschluß über den Aufnahmegrund, die Diagnose, die Ätiologie, den Verlauf und die Prognose des Hauptleidens,

Gruppe 4: umfaßt die therapeutischen Maßnahmen, unter besonderer Berücksichtigung der Anwendung von Schlafmitteln, Sedativa und Analgetica,

Gruppe 5: enthält eine ausführliche Schilderung der Primärpersönlichkeit und deren Auswirkungen auf das Gesamtleiden unter Einbeziehung von Intelligenz, senilen Veränderungen und allgemeinen Wesensänderungen. Dazu sind auch psychopathologische Veränderungen wie Selbstmordneigung und Selbstmordversuche zu zählen.

Gruppe 6: befaßt sich mit der Umweltsituation des Patienten und deren eventuellen Auswirkungen,

Gruppe 7: enthält ein Dreiecksschema, das die oben genannten Faktoren zusammenfaßt. Anhand dreier vieldimensionaler Komplexe, nämlich Leiden, Person und Sozialerlebnisfeld, aus denen nach BOCHNIK die Gesamtsituation des kranken Menschen resultiert, wird der Schwerpunkt des Gesamtleidens eruiert. Das Schema enthält die Ziffern 1 - 7, denen im einzelnen folgende Bedeutung zukommt:

1 ist zu wählen, wenn die Krankheit allein entscheidend ist; 3, wenn die Person allein entscheidend ist (Hypochonder, Querulant); 5, wenn Sozialprobleme allein entscheidend sind (z. B. Konkurs, Ehekonflikt). Wenn zwei dieser Komplexe eine nennenswerte Rolle spielen, dann 2, 4 oder 6. Wirken alle drei Komplexe nennenswert zusammen, dann gilt 7.

Die 30 Fragen des Zusatzbogens beschäftigen sich mit:

1. der Familienanamnese, die in somatische, neurologische und psychiatrische Familienanamnese aufgegliedert wird,
2. der differenzierten psychosomatischen Eigenanamnese; dazu werden Magen-Darm-Erkrankungen, Veränderungen des Blutdrucks, Allergosen, Hautkrankheiten, Adipositas oder Magersucht, Schilddrüsenerkrankungen (und andere endokrine Leiden) und Herz-Kreislaufkrankheiten (insbesondere arterielle Gefäßleiden) gezählt,
3. der neurologischen Diagnose (organische Nervenleiden), wobei nach der Lokalisation und der Ätiologie gefragt wird.
4. der psychiatrischen Diagnoseklasse; dabei wird nur das führende Moment berücksichtigt.
5. der speziellen Therapie und dem therapeutischen Eindruck unter Berücksichtigung objektiver und subjektiver Momente in Bezug auf Psychopharmaka,
6. speziellen neurogenpsychologischen Faktoren, wie Milieuschäden, Geschwisterreihe und soziologische Fakten,
7. triebdynamisch wirksamen, speziellen Einwirkungen in der Kindheit; dabei werden spezielle psychoanalytische Elemente, Schlaf-Wach-Besonderheiten in der Kindheit, Motorik (Sport, Gymnastik) und Religion berücksichtigt.
8. Syndrom-Shift. Unter diesen Punkt fallen auch Syndrom-Suppression, Syndrom-Synchronizität und die Ursachen von Shift und Suppression.
9. Katagenese,+ die differenziert wird in Psycho-Katagenese und Somato-Katagenese.
10. der wissenschaftlichen Bedeutung des Einzelfalles.

+) Unter Katagenese verstehen wir eine psycho- oder somatotraumatische Auslösung einer progredient verlaufenden Krankheit (López Ibor: Psychiatrie der Gegenwart 1963; Welter: Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg im Druck.)

Die Untersuchungsergebnisse lassen sich in zwei Gruppen aufgliedern, das sind einmal exakt definierbare Größen wie Alter, Familienstand, Gewicht etc. und zum andern explorativ gewonnene, subjektive Fakten wie Primärpersönlichkeit, Umweltsituation etc. Bei der Durchführung der Exploration ergaben sich gewisse Schwierigkeiten sowohl von Seiten des Explorierenden als auch von Seiten des Patienten. Denn: "Einstellung und Haltung, Verständnis und vorgefaßte, gegebenenfalls übernommene Meinung, Deutung und Motivation gehen in die Ergebnisse von Exploration und Anamneseerhebung ein und bestimmen die Faktenauswahl durch den Patienten mit. Die Antwort hängt nicht nur von der Frage des Arztes ab sondern auch von derjenigen, die sich der Patient selbst zu beantworten sucht " (JACOB). JACOB weist darauf hin, daß "das idealtypische Modell eines klinischen Verfahrens, welches Exploration, Anamnese und Befund unter einer weitgehend abgeschlossenen , klassischen krankheitsdiagnostischen Grundkonzeption vereint," häufig versagt, wenn kein geschlossener Krankheitsverlauf sondern schwer überblickbare, vieldeutige Bezüge ein mehr "offen divergierendes, weniger schematisierbar konvergierendes Gefüge von Beschwerden, Symptomen und Befunden," vorliegen. "Es wird deshalb begreiflich, wenn im Gebiet der Exploration und Anamnese neue Methoden und Techniken gesucht werden, die - über einen solchen diagnostischen Schematismus hinaus - sich unsere Erfahrungen und Einsichten in die Vielschichtigkeit und Polyvalenz der Symptome, in die mehrdimensional-multifaktoriellen Strukturen krankhafter Störungen als "offenen Systemen" und in ihre möglichen funktionalen und pathogenetischen Verschränkungen anpassen." JAKOB erwähnt in diesem Zusammenhang die Vorteile der differenzierten Interviewverfahren und demoskopischen Fragemodelle der Soziologie

oder der psychologischen Frage-Antwort-Standardtests und zeigt die Bedeutung, die die Besinnung auf fragemethodische Grundlagen, auf Methodentypologie und vergleichende Methodentypologie auch für den Arzt haben.

Um einerseits optimale Ergebnisse durch die Exploration und andererseits die für jede Datenverarbeitung notwendige Trennschärfe und Konsistenzbestimmung der benutzten Fakten zu erzielen, wurde für unsere Untersuchungen eine halbschematische Methode gewählt.

b.) Material

Wir untersuchten unausgewählt 400 Patienten einer neurologisch -psychiatrischen Klinik. 50 männliche und 50 weibliche neurologisch Kranke, 50 männliche und 50 weibliche psychiatrisch Kranke wurden gezielt exploriert. Sie sind stationär in der Zeit vom April 1966 bis zum Februar 1967 in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Marburg behandelt worden.
Die restlichen 50% der Ergebnisse wurden durch Auswerten von Krankengeschichten aus den Jahren 1962, 1963, 1964 und 1965 gewonnen. Dabei erfolgte dieselbe parietätische Aufgliederung wie bei den Explorationen. 20% der gesamten Untersuchungen wurden vom Verfasser selbst durchgeführt.

1. Altersverteilung

	Männer	Frauen
1 - 19 Jahre	2	3
20 - 29 Jahre	39	36
30 - 39 Jahre	45	30
40 - 49 Jahre	43	46
50 - 59 Jahre	38	34
60 - 69 Jahre	25	43
70 - 79 Jahre	6	7
80 - 90 Jahre	2	1
Gesamt:	200	200

2. Durchschnittsalter: 45,04 Jahre

Der jüngste Patient war 17 Jahre, der älteste Patient 85 Jahre alt.

3. Berufe:

	Männer	Frauen
Arbeiter incl. Hausfrauen	101	106
Angestellte	46	62
Beamte	12	6
freiberufl. Tätige	28	18
noch in Ausbildung	13	8
gesamt:	200	200

4. Schulbildung:

	Männer	Frauen
nicht schulfähig	0	0
Hilfsschule	1	4
Volksschule	159	159
Mittelschule	9	16
Oberschule	9	3
Fachschule	6	5
Universität	16	12
andere	0	1
gesamt:	200	200

5. Familienstand:

	Männer	Frauen
ledig	64	53
verheiratet	118	126
geschieden	6	5
verwitwet	6	15
geschied. u. wiederverh.	3	0
verwitwet u. wiederverh.	3	1
gesamt:	200	200

6. Diagnoseklassen:

a) neurologische Diagnosen:

	Männer	Frauen
cerebrale Anfallsleiden	8	22
cerebrale Gefäßprozesse	13	20
Tumoren des ZNS	5	9
entzündl. Erkrankungen des ZNS u. peripherer Nerven	8	7
hirnatrophische Prozesse	7	4
traumatische Hirnschädigungen	16	2
traum. Verletzungen peripherer Nerven incl. Bandscheibenschäden	6	8
Spinalerkrankungen (funikuläre Myelose, Tabes etc.)	7	6
Erkrankungen des extrapyramidalen Systems (M. Parkinson etc.)	2	1
Entmarkungserkrankungen	7	10
hirnorganische Prozesse (sonstige)	8	7
ungeklärte Krankheiten	13	4
gesamt:	100	100

aa) neurologische Nebendiagnosen

	Männer	Frauen
cerebrale Anfallsleiden	2	1
cerebrale Gefäßprozesse	2	4
entzündl. Erkrankungen des ZNS u. peripherer Nerven	1	0
hirnatropische Prozesse	2	2
hirnorganische Prozesse	1	1
traumat. Hirnschädigung	0	1
Erkrankungen d. extrapyramidalen Syst. (M. Parkinson etc.)	1	0
gesamt:	9	9

b) psychiatrische Diagnosen:

	Männer	Frauen
endogene Depressionen	34	50
Schizophrenie	8	6
manisch-depressive Erkrankungen	6	6
Manie	7	1
Depressionen im Klimakterium	0	5
Involutionsdepressionen	17	13
psychopathisch-neurotische Syndrome	28	19
gesamt:	100	100

ba) psychiatrische Nebendiagnosen:

	Männer	Frauen
endogene Depressionen	4	9
Schizophrenie	1	0
manisch-depressive Erkrankungen	0	0
Manie	0	0
Depressionen im Klimakterium	0	0
Involutionsdepressionen	2	1
psychopathisch-neurotische Syndrome	11	1
gesamt:	18	11

c) sonstige Nebendiagnosen

Hypertonie	8	Adipositas	1
juveniler Hypertonus	1	Anorexia	2
Hypotonie	3	Osteomyelitis	1
funktionelle Kreislaufstörungen	1	Osteoporose	1
Anämie	5	Arthrosis	1
intestinale Beschwerden	2	Diverticulosis	1
Ulcus ventriculi sive duodeni	2	Diabetes mellitus	7
Hauterkrankungen	8	Hypercholesterinämie	2
Erkrankungen des rheumat. Formenkreises	4	Blepharitis	1
Erkrankungen der Lunge	2	Glaukom	1
		Klinefelter Syndrom	3
		Acromegaloid	1
		Lues III	1
		Debilität	2
		Dysmenorrhoe	1

Allgemeine Charakteristika wie Altersverteilung, Berufe, Schulbildung, Familienstand und schließlich die neurologischen und psychiatrischen Diagnoseklassen wurden zur Differenzierung unseres Patientengutes möglichst genau in diesem Kapitel gebracht. In einer vergleichenden Betrachtung werden wir weitere, für die Fragestellung unserer Arbeit spezifische Faktoren bringen.

Aus der Vielzahl unserer Einzelbeobachtungen haben wir drei Fälle ausgewählt, von denen jeder als Einzelfall eine besonders eindrucksvolle Symptomatologie zeigt; sie haben wir dem Kapitel der zahlenmäßigen Ergebnisse als kurzen kasuistischen Teil vorangestellt. Er wurde deswegen besonders kurz gehalten, weil der Schwerpunkt der Arbeit in der zahlenmäßigen Erfassung gastro-intestinaler Störungen im Rahmen von psychosomatischen Manifestationen bei einem unausgewählten Krankengut einer neurologisch-psychiatrischen Klinik liegt.

III. Einzelfälle

Fall 1

Kr. Bl. Nr. 1531 G. H., 55-jähriger Hilfsarbeiter

Familienanamnese: Vater mit 83 Jahren an den Folgen einer Gürtelrose verstorben. Er sei sehr verkalkt gewesen. Die Mutter ist 82 Jahre alt und bis auf Altersbeschwerden gesund. Ein Bruder verstarb als Kind; die Ursache ist dem Patienten unbekannt. Drei Schwestern sind gesund.
In der Familie sind keine chronischen Erkrankungen und keine Nerven- und Gemütsleiden bekannt.

Eigenanamnese: Als Kind hatte der Patient Masern und gelegentlich Anginen.
1943 Sturz auf dem Glatteis. Der Patient war danach bewußtlos, begab sich aber danach nicht in ärztliche Behandlung.
1949 Schilddrüsenoperation in der Chirurgischen Klinik Marburg. Damals bestanden keine Atembeschwerden.
Seit 1952 Gallenblasenbeschwerden.
1953 wurden bei einer ambulanten Untersuchung in der Medizinischen Klinik Marburg Gallensteine nachgewiesen. Damals kam es zu heftigen Koliken.
Seit 1952 ist niedriger Blutdruck bekannt. Die Werte liegen oft unter 80 mmHg. Im Zusammenhang damit traten häufig Schwindelanfälle auf. Der Patient war deshalb von 1952 bis 1958 nicht arbeitsfähig.
1956 Erholungskur in Hochwaldhausen.
Vor 3 - 4 Jahren Nierenkolik.
Der Patient gibt an, in den letzten vier Jahren häufig Blasenentzündungen gehabt zu haben.
Seit 3 - 4 Jahren Bandscheibenbeschwerden und Ischias, meistens rechts, aber auch links.
Seit 20 Jahren Kopfschmerzen über den Augen, die bis in den Hinterkopf ziehen. Keine Seitenbetonung.

Die Kopfschmerzen halten meist einen Tag an. Übelkeit und Erbrechen treten dabei nicht auf.
In der Jugend hatte der Patient Sprachstörungen (Stottern).
Seit dem 8. Lebensjahr besteht ein Tremor der Hände.

Soziale Anamnese: Der Patient besuchte acht Jahre lang die Volksschule ohne sitzenzubleiben. Danach verbrachte er zwei Semester an einer landwirtschaftlichen Schule im Sudetenland. Anschließend arbeitete er auf dem elterlichen Hof (25 Hektar). 1942 wurde er zur Wehrmacht eingezogen. Nach vier Monaten wurde er - angeblich wegen seiner Struma - wieder entlassen. 1946 wurde er erst in die Ostzone und dann nach Westdeutschland ausgesiedelt. Er verdiente seinen Unterhalt zunächst als Feld- und Waldarbeiter.
Von 1948 bis 1951 arbeitete er im Marburger Depot.
Von 1952 bis 1958 war er arbeitslos und ging stempeln.
1958 fand er Arbeit in einem Eisenbahnbetrieb in Frankfurt. Nach drei Wochen wurde er angeblich "abgeschoben", weil er noch nicht voll arbeitsfähig gewesen sein soll. Es hätten Intrigen gegen ihn bestanden; man sei nicht mit ihm zufrieden gewesen.
Von 1958 bis 1959 war er erneut arbeitslos.
1959 sei er vorübergehend in einem Holzbetrieb in Stadt Allendorf als Hilfsarbeiter tätig gewesen. Dorthin sei ihm aber der Weg zu weit gewesen. Bei der Arbeit habe er auch Herzbeschwerden bekommen. Deshalb sei er drei Wochen zu Haus geblieben und habe dann gekündigt, weil er sich die Arbeit nicht mehr zutraute. Man habe ihn dort auch schlecht gemacht.
1959 arbeitete er ein halbes Jahr lang in einem Holzbetrieb in Mainz. Da die Ehefrau ihre Eltern in der Ostzone besuchte und über diese Zeit jemand zu Hause sein mußte (die Leute im Nachbarhaus seien so neugierig), habe er gekündigt und die Wohnung gehütet.

1960 war er von April bis Dezember im Hochbau tätig. Dann sei die Firma weggezogen,und er habe die Stelle verloren. Er habe dann vorübergehend in einem anderen Hochbaubetrieb gearbeitet, jedoch wegen Ischiasbeschwerden aufgehört.
1961 war er von Frühjahr bis Dezember arbeitslos.
Ende 1961 bis Dezember 1962 war er Hilfsarbeiter in einem Holzbetrieb. Während dieser Zeit bekam er eine Mittelohrentzündung und setzte für ein Vierteljahr aus. Er habe dann auf ärztlichen Rat hin mit der Arbeit aufhören müssen.
1962 (am 19. 2.) sei er abends gestürzt und habe sich eine Gehirnerschütterung zugezogen (Arbeitsunfall). Es sei keine Bewußtlosigkeit und kein Erbrechen sondern nur Benommenheit aufgetreten.
Im Januar 1963 machte er wegen des Unfalls eine Erholungskur in Hochwaldhausen. Nach der Kur bekam er zu Hause bronchitische Beschwerden; deshalb suchte er sich erst im Juni 1963 eine neue Stelle im Straßenbau. Dort habe man ihm im November 1963 gekündigt. Es sei wieder gegen ihn intrigiert worden. Außerdem sei nicht genügend Arbeit dagewesen.
1963 bis Februar 1964 war er Hilfsarbeiter im Hochbau. Hier wurde er krank geschrieben wegen Gallenblasenentzündung und Magenschleimhautentzündung. Es folgte eine erneute Kur in Hochwaldhausen. Danach kündigte er die Stelle.
Juli 1964 bis Oktober 1965 arbeitete er wieder im Straßenbau. Man habe ihm dort gekündigt. Angeblich sei er bei dieser Firma der einzige Arbeiter aus seinem Dorf gewesen, und man habe ihn deshalb nicht zur Arbeit abholen können.
Seit dem 11.11.1965 war er bei einem Bauunternehmen in Alsfeld tätig. Im April 1966 wurde er wegen einer Fraktur des rechten Zeigefingers acht Wochen krank geschrieben. Seit dem 23.9.1966 ist er wegen Kreislaufstörungen nicht arbeitsfähig.

Der Patient ist verheiratet, hat aber keine Kinder. Er bewohnt eine Zweizimmerwohnung.

Primärpersönlichkeit: Er sei gutmütig und ehrlich, gelegentlich auch böse und gereizt, besonders damals nach der Gehirnerschütterung. Er sei sehr sensibel, verschlossen und gelegentlich depressiv. Zuletzt, z.B. als man ihn aus der Wohnung heraussetzen wollte, habe er den ganzen Tag geweint. Sonst sei er meistens guter Stimmung.

Jetzige Anamnese: Der Patient hat seit zwei Wochen vermehrte Kopfschmerzen über beiden Augen, dabei Schwindelanfälle beim Bücken. Außerdem klagt er über ziehende Schmerzen an der Außenseite des rechten Unterschenkels beim Gehen. Seit sieben Wochen besteht ein Engegefühl in der Brust und Atemnot bei Belastung.

Bei der klinischen Untersuchung fiel der feminine Körperbau auf; der adipöse Patient zeigte vorwiegend am Stamm, an den Hüften und Oberschenkeln Fettansatz. Neben der ausgeprägten Gynäkomastie fanden wir einen Hypogenitalismus mit kleinen Hoden. Der Bartwuchs war spärlich. Daneben lag eine habituelle Obstipation vor. Der Stuhlgang war nur bei Einnahme von Abführmitteln regelrecht.

Psychisch war der Patient bewußtseinsklar. Er wirkte in seinem Auftreten recht ungeschickt und verhielt sich oft distanzlos und aufdringlich. Dabei machte er durchaus einen durchschnittlich intelligenten Eindruck (Hawie IQ 104).

Das EEG und die Schädelaufnahmen erbrachten keine Besonderheiten. Die Aufnahmender LWS zeigten eine mäßige Osteochondrose. Im Pneumencephalogramm fand sich eine gering bis mittelmäßige Erweiterung beider Seitenventrikel als Ausdruck einer inneren Atrophie.

Es wurde eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt, wobei die Leukozytenkultur leider nicht auszuwerten war. Die Mundschleimhaut war jedoch einfach chromatinpositiv. Somit handelt es sich wahrscheinlich um ein Klinefelter-Syndrom.

In der Strahlenklinik wurde eine erhebliche Hypothyreose festgestellt.

Diagnose: Klinefelter-Syndrom

Epikrise: - Ein 55-jähriger Patient, bei dem pneumencephalographisch eine innere Hirnatrophie nachgewiesen werden konnte, hat seit 1952 intermittierend diffuse Schmerzen im rechten Oberbauch. Als wahrscheinliche Ursache konnten Steine in der Gallenblase nachgewiesen werden. Aus der Anamnese ist bekannt, daß er sich bereits 1949 einer Strumektomie einer wahrscheinlich euthyreoten Struma habe unterziehen müssen; als deren Folge kann die derzeitige Hypothyreose angegeben werden. Als erstes Zeichen einer erheblichen neurotischen Fehlentwicklung sahen wir das Stottern in seiner Jugend, über dessen Dauer wir keine exakten Angaben erfahren konnten, an. Im Laufe seiner sozialen Entwicklung zeigt er erhebliche Anpassungsschwierigkeiten am Arbeitsplatz, die 1958 besonders deutlich werden, als er wegen heftiger Intrigen etc. angeblich abgeschoben worden sei. Sein weiterer beruflicher Entwicklungsgang ist gekennzeichnet

von einem häufigen Wechsel des Arbeitsplatzes ohne schwerwiegende Gründe und langen Phasen der Arbeitslosigkeit.
Eine seit 1952 bekannte Hypotonie, eine vor ca. drei Jahren erfolgte Nierenkolik sowie ischiasiforme Beschwerden sind weitere Erkrankungen, die wir anamestisch erfuhren. Bei der stationären Untersuchung wurden eine habituelle Obstipation, ausgeprägte Gynäkomastie und Hypogenitalismus, ein Klinefelter-Syndrom und eine Hypothyreose diagnostiziert.

Fall 2 Katamnese
Kr.Bl.Nr. 1101/64 - E.K., 57-jähriger Kaufmann

Familienanamnese: Der Vater starb mit 70 Jahren nach einem Gehirnschlag.
Die Mutter starb mit 28 Jahren nach einer Lungenentzündung. Ein 59-jähriger Bruder ist noch gesund. Außerdem hat der Patient noch drei Halbgeschwister aus der zweiten Ehe des Vaters. In der Familie gibt es keinen Anhalt für erbliche Krankheiten oder für Gemüts- und Nervenleiden.

Eigenanamnese: Geburt und frühkindliche Entwicklung verliefen normal. Kinderkrankheiten können nicht angegeben werden. Mit acht Jahren Ekzem am ganzen Körper.
Mit 24 Jahren stürzte er bei Abbrucharbeiten rücklings auf einen Puffer. Wegen ständiger, starker Rückenschmerzen unterbrach er dann die Arbeit für drei Jahre. Nach Wiederaufnahme der Arbeit kam es zu den unter der jetzigen Erkrankung zu besprechenden

Auffälligkeiten.

Lebenslauf: Vom 6. bis 14. Lebensjahr Volkschulbesuch. Er sei ein mittelmäßiger Schüler gewesen. Danach machte er drei Jahre lang eine Klempner- und Schweißerlehre. Anschließend arbeitete er fünf Jahre in einer Blechwarenfabrik bis etwa 1929. Im Rahmen der allgemeinen Arbeitslosigkeit führte er von da an Abbrucharbeiten durch, je nach Auftragslage.
1931 hatte er einen Arbeitsunfall und konnte deshalb bis 1939 nur noch Arbeiten annehmen, die nicht länger als acht Wochen dauerten.
Er legte dann die kaufmännische Prüfung ab und eröffnete mit Hilfe der Wohlfahrt ein Einzelhandelsgeschäft, das er zusammen mit seiner Frau bis 1948 betrieb. 1948 übergab er das Geschäft seiner Tochter und half weiter im Laden mit.
1958 arbeitete er für ein Vierteljahr bei einer Wach- und Schließgesellschaft, anschließend ein halbes Jahr lang als Pförtner, danach für Dreivierteljahr als Fahrer von Arzneimitteln.
Am 4. November 1960 sei er"zusammengeklappt" und habe von da ab keine geregelte Arbeit mehr ausführen können.

Erwähnenswert ist noch, daß seine Mutter starb, als er drei Jahre alt war. Das Verhältnis zu seiner Stiefmutter sei schlecht gewesen; sie habe ihre eigenen Kinder vorgezogen.

Der Patient heiratete 1930. Aus dieser Ehe gingen drei Kinder hervor: eine heute 33-jährige Tochter sowie zwei Söhne (16- und 30-jährig). Das Verhältnis zu der Ehefrau und den drei Kindern sei gut.

Primärpersönlichkeit: Vor 1931 sei er ein lebendiger und ausgeglichener Mensch gewesen. Er habe leicht Kontakt zu anderen Menschen bekommen und ein korrektes Leben geführt. Er sei nicht leicht erregbar gewesen und habe auch nicht zum Grübeln geneigt.

Jetzige Erkrankung: Sein Leiden bestehe seit 1931. Nach der Verletzung im Bereich der Lendenwirbelsäule, die erst ein Jahr später als Compressionsfraktur des 5. Lendenwirbelkörpers diagnostiziert worden sei, seien Schmerzen im Rücken aufgetreten, die 33 Jahre lang mit gleichbleibender Heftigkeit bestanden hätten. Zuweilen habe er geglaubt, es gehe mit ihm zu Ende. Direkte Gangstörungen seien nicht aufgetreten, jedoch immer wieder Zustände von Kraftlosigkeit, besonders im rechten Bein. Blasen- oder Mastdarmstörungen bestanden damals nicht. Kurz nach dem Unfall sei zum ersten Mal Erbrechen aufgetreten. Dieses Erbrechen trete bis heute im Abstand von einigen Wochen immer wieder auf. Gelegentlich sei es bei Verschlimmerung des Erbrechens auch zu Schlafstörungen gekommen. Zu diesen Zeiten sei auch der Appetit wesentlich verschlechtert gewesen, so daß er bis 1960 ca. 52 Pfund an Gewicht verloren habe.

Die oben geschilderten Beschwerden haben stets, trotz ärztlicher Behandlung, in unverminderter Stärke - mit den erwähnten Schwankungen - angehalten. In den Jahren zwischen 1931 und 1960 sei er etwa sechs- bis siebenmal stätionär behandelt worden sowohl auf internen Abteilungen als auch auf orthopädischen.

Etwa 1960 hätten sich die Beschwerden weiter verschlimmert. In diesem Jahr sei zum ersten Mal eine Schuppenflechte am ganzen Körper aufgetreten, verbunden mit allgemeiner körperlicher Abgeschlagenheit. Er sei erst ambulant, dann auch stationär behandelt worden. Etwa zu dieser Zeit sei er wegen heftiger Rückenschmerzen mit Streckverbänden behandelt worden. Dabei seien erstmalig Darmblutungen aufgetreten, die sich später in wechselnden Abständen wiederholt hätten. Wenn die Darmblutungen nachgelassen hätten, sei das Erbrechen wieder aufgetreten. Trotz Kontrasteinläufen und

Rectoskopien habe man die Ursache der Blutungen nicht feststellen können. Einmal sei davon gesprochen worden, daß es sich um ein blutendes Magenulcus handeln müsse. Die Schmerzen seien so heftig gewesen, daß er mit dem Kopf mehrfach gegen die Wand gestoßen habe. Nach den Blutabgängen seien die Schmerzen meistens besser geworden. Diese Zustände mit Schmerzen im Leib, Blutabgängen und Erbrechen seien mit starkem körperlichen Schwächegefühl einhergegangen. Seit etwa zwei Jahren habe er immer wieder Zustände von Bewußtlosigkeit, die bis zu zwei Stunden dauern könnten. Zu Krämpfen, Einnässen oder Zungenbiß sei es nicht gekommen. Diese Zustände kämen besonders häufig, wenn er erbrochen habe oder wenn Blut abgegangen sei.
1963 sei er das letzte Mal für fünf Wochen stationär behandelt worden. Damals seien nach Anstrengungen an den Händen und Füßen Quaddeln aufgetreten; Hände und Füße hätten wie abgestorben ausgesehen.

Ergänzend gibt der Patient an, daß er seit 1960 immer wieder den Eindruck habe, als würde das Denken aussetzen. Er habe dann Wortfindungsschwierigkeiten.

Befunde: Organneurologisch fanden sich völlig regelrechte Befunde hinsichtlich der Hirnnerven, der Motorik, der groben Kraft, der Sensibilität und der Muskeldehnungsreflexe. Am Schädel kein nachweisbarer pathologischer Befund.

Psychisch wirkte der Patient voll orientiert, besonnen und bewußtseinsklar. Von vornherein wurden die Symptome deutlich faßbar, die das Gesamtsyndrom als psychogen bzw. neurotisch oder sogar rentenneurotisch auffassen lassen. Es ist dies vor allem die sogenannte facies neuropathica. Der Patient verhielt sich hinsichtlich des psychomotorischen Antriebes recht lebhaft. Es kam weder eine hirnorgani-

sche Verlangsamung noch eine Antriebsreduktion zum Ausdruck. Am hervorstechendsten war neben der facies neuropathica ein depressiv-hypochondrisches Verstimmungsmoment. Daneben wurde noch ein Eindruck der Asthenisierung faßbar.

Diagnose: Ein organisches Nervenleiden konnte ebenso wie eine endogene Psychose ausgeschlossen werden. Es könnte bei dem Patienten zu einer vitalen Niveausenkung im Sinne einer leichten Involutionsdepression gekommen sein, so daß sich dann eine involutive psychische Veränderung überlagernd mit einer von vorher bestehenden neurotischen Persönlichkeitsveränderung kombinierte. Außerdem liegen verschiedene körperliche Krankheiten vor. Der Patient leidet an Psoriasis vulgaris, an Ulcus pepticum und an dem Folgezustand nach Wirbelsäulenfraktur. Daneben besteht eine krankhafte Adipositas. Zusammenfassend sprechen alle Befunde für eine neurotische Entwicklung, d.h. nach dem nun jahrzehntelangen Persistieren für einen sog. asthenisch-neurotischen Endzustand.

Epikrise: Ein 57-jähriger Patient, der in frühester Jugend bereits seine Mutter verlor, hatte als erste psychosomatische Störung mit 8 Jahren ein Ekzem am ganzen Körper. Bis zu seinem Unfall im Jahre 1931 ist seine Anamnese unauffällig, danach trat ein therapieresistentes, intermittierendes Erbrechen auf, das später mit Schlafstörungen kombiniert war. Zu diesen Beschwerden kam 1960 eine Psoriasis vulgaris, und kurz danach traten erstmalig heftige Darmblutungen auf, deren Ätiologie trotz Rektoskopie und Kontrasteinläufen nicht geklärt werden konnte. Ein blutendes Magengeschwür wurde damals differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen. Nach einer stationären Behandlung 1963 traten an Händen und Füßen Quaddeln auf, außerdem litt er in der gleichen Zeit unter Bewußtseinsstörungen. Dieser Wechsel der Krankheiten während der stationären Behandlungen ist als ein 'shift' im Sinne von GROEN, BASTIAAN und Mitarbeiter zu deuten.

Während der letzten klinischen Untersuchung wurde als auffälligstes Syndrom ein asthenisch-neurotischer Endzustand diagnostiziert, nachdem eine endogene Psychose ausgeschlossen werden konnte. Als sichere derzeitige somatische Erkrankungen wurden Psoriasis vulgaris, ein Ulcus pepticum, krankhafte Adipositas und der Zustand nach Wirbelsäulenfraktur diagnostiziert.

Fall 3

Kr. Bl. Nr. 28/65 55-jähriger Finanzbuchhalter

Familienanamnese: Der Vater ist 89 Jahre alt, Diabetiker. Die Mutter verstarb mit 78 Jahren an Krebs nach einem vorausgegangenen Leber- und Gallenleiden. Sie sei nervös gewesen und habe eine Art Schüttellähmung gehabt.
Ein Bruder ist gefallen.
Eine Schwester leidet an Schüttellähmung.
Die übrigen Geschwister sind gesund. - Im Erbumkreis ist sonst kein weiterer Anhalt für Gemüts- und Nervenleiden.

Eigenanamnese: Geburt und frühkindliche Entwicklung verliefen normal. An Kinderkrankheiten kann sich der Patient nicht erinnern. 1919 erlitt er durch eine Sprengkapsel eine Verletzung an der linken Hand mit Verlust der Englieder der Finger 2 und 3 und Verkrümmung der Endglieder der Finger 4 und 5. 1939 Bronchopneumonie. Wegen eines chronischen Magenleidens wurde er vorzeitig vom Wehrdienst entlassen. 1951 Magen und Gallenoperation. Im Dezember 1963 wurde er wegen Darmblutungen behandelt. Am 21.7.1964 hatte er einen Autounfall mit Verletzungen am Schädel. Er war nicht bewußtlos, hat aber drei- bis viermal erbrochen. Außerdem hatte er Rippenfrakturen links und eine Knieverletzung. Insgesamt war er fünf Wochen bettlägerig. Seit dem Unfall habe er einen beständigen Druck im Kopf.

Soziale Anamnese: Der Patient besuchte ohne Schwierigkeiten die Volksschule und die höhere Handelsschule. Er wurde zum Kaufmann ausgebildet und arbeitete in der Eisenindustrie. 1939 wurde er eingezogen und 1943 zum Oberleutnant befördert. Da er wegen seines Magenleidens vorzeitig aus dem Wehrdienst entlassen wurde, geriet er auch nicht in Gefangenschaft. Bis 1948 fand er als Buchhalter in einem Autohaus Anstellung. Danach wechselte er die Stellen sehr häufig wegen der schwierigen Lage auf dem Arbeitsmarkt. Dann war er bis 1956 Geschäftsführer bei einer Baufirma. Wegen Unstimmigkeiten mit seinem Chef wechselte er zu einer anderen Firma, bei der er ebenfalls als Buchhalter tätig war. Die Firma machte Konkurs. Er wurde dann wieder bei einer anderen Firma als Geschäftsführer eingestellt. Seit mehr als einem Jahr sei er unfähig, seiner Arbeit als Buchhalter nachzugehen. Seit 1956 lebe er von seiner Ehefrau getrennt. Die Ehe wurde 1957 wegen finanzieller Schwierigkeiten geschieden. Bei der Ehefrau leben die älteste und die jüngste Tochter. Der älteste Sohn ist Stahlbauingenieur. Er arbeitet bei der gleichen Firma wie der Vater. Der zweite Sohn hat einen eigenen Betrieb.

Primärcharakter: Bis zu seiner Erkrankung sei er aktiv und lebenstüchtig gewesen. Die Arbeit habe ihm Freude gemacht und er habe sie mit Interesse ausgeführt. Versagenszustände wie jetzt habe er nie gekannt.

Jetzige Erkrankung: Seit Ende 1963 sei er zunehmend nervös und ängstlich gewesen. Er litt unter unerklärlicher Angst, oft verbunden mit Schmerzen im Oberbauch und innerlicher Unruhe, so daß er schon häufiger Suicidideen hatte. Es stellte sich ein Nachlassen des Gedächtnisses ein, eine Senkung des Vitalitätstonus, zunehmende Interesselosigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Schlaflosigkeit und ständige Bewegungsunruhe verbunden mit Grübeln. Die Beschwerden waren in den Abendstunden ausgeprägter als morgens. Er sei auch zunehmend rührseliger und reizbarer geworden und leide unter Konzentrations-

schwäche. Seinen beruflichen Aufgaben könne er nicht mehr nachkommen.

Bei der körperlichen Untersuchung fiel eine erhebliche psychomotorische Unruhe mit Neigung zu demonstrativem Verhalten auf. Das Sensorium war frei. Der Rapport war leidlich herzustellen. Gestik und Mimik waren völlig inadäquat, bei angedeuteter Hypomimie. Es imponierte eine deutliche Konzentrationsschwäche, bei mittlerer Intelligenz.
Organneurologisch konnte kein krankhafter Befund erhoben werden.

Diagnose: Involutiv bedingter Abbauprozeß mit Depressiver Verstimmung.

Epikrise: Bei diesem 55-jährigen Patienten fallen in der Familienanamnese nicht näher zu deutende Schüttellähmungen sowohl bei der Mutter als auch bei seiner Schwester auf. Er selbst wurde wegen eines chronischen Magenleidens vorzeitig vom Wehrdienst befreit und unterzog sich 1951 einer Magen-Gallen-Operation. Bis zu seiner Wehrdienstzeit hat er eine unauffällige, kontinuierliche, soziale Entwicklung durchgemacht, die mit der Ernennung zum Offizier endete. Sein häufiger Stellenwechsel in der Nachkriegszeit mag sicher zu einem Teil zeitbedingt gewesen sein. 1963 traten erstmalig deutliche Zeichen eines gesenkten Vitalitätstonus bei depressiver Verstimmung auf, weswegen er bei uns behandelt wurde. Von Seiten des Intestinaltraktes konnte kein pathologischer organischer Befund hier erhoben werden. Seine psychischen Störungen wurden im Sinne eines involutiv bedingten hirnorganischen Abbauprozesses mit depressiver Verstimmung gedeutet. Auch bei diesem Patienten liegt ein psychosomatisches Shift vor.

IV. Zahlenmäßige Ergebnisse

Bezogen auf die spezielle Fragestellung unserer Arbeit ergaben sich aus dem beschriebenen Krankengut folgende Ergebnisse:

a) Gesamtzahl der Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen:

136 Fälle von 400 = 34%,

davon waren 63 männlichen und 73 weiblichen Geschlechts.

	Männer	Frauen	Gesamt	%
Neurologische Patienten	31	32	63	46, 3
Psychiatrische Patienten	32	41	73	53, 67

Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei: 44, 55 J.

Der jüngste Patient war 19, der älteste 80 Jahre alt.

Altersverteilung

Jahre	Männer	Frauen	Gesamt
bis 19	0	1	1
20-29	12	12	24
30-39	12	13	25
40-49	15	23	38
50-59	15	11	26
60-69	6	12	18
70-79	2	1	3
80-89	1	0	1
Gesamt:	63	73	136

Familienstand

	Männer	Frauen	Gesamt	%
ledig	21	21	42	30,88
verheiratet	35	46	81	59,56
geschieden	3	1	4	2,94
verwitwet	2	5	7	5,14
verwitwet u. wieder-verheiratet	1	0	1	0,73
geschieden u. wieder-verheiratet	1	0	1	0,73
Gesamt:	63	73	136	100,00

Zur genauen Beschreibung der Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen erfolgt eine Zuordnung nach der Ausbildung, dem Beruf und dem Sozialniveau.

Abgeschlossener bzw. gegenwärtig beschrittener Bildungsweg

	Männer	Frauen	Gesamt	%
nicht schulfähig	0	0	0	0
Hilfsschule	1	2	3	2,21
Volksschule	49	58	107	78,68
Mittelschule	1	6	7	5,15
Oberschule/Gymnasium	4	2	6	4,41
Fachschule	4	3	7	5,15
Hochschule/Akademie/ Universität	4	2	6	4,41
Gesamt:	63	73	136	100,00

Letzte berufliche Tätigkeit

	Männer	Frauen	Gesamt	%
Arbeiter	34	44	78	57,35
Angestellter	14	24	38	27,94
Beamter	5	1	6	4,41
freiberufl. Selbständiger	7	4	11	8,68
noch in Ausbildung	3	0	3	2,21
Gesamt:	63	73	136	100,00

Sozialniveau

	Gesamt	%
Elend	3	2,21
unter Durchschnitt	32	23,53
Durchschnitt	93	68,38
über Durchschnitt	8	5,88
reich	0	0,00
sehr reich, Luxus	0	0,00
Gesamt:	136	100,00

Die folgende Tabelle bringt eine Eingliederung der Patienten nach Stadt- und Landbevölkerung.

Wohnort

	Dorf	Kleinstadt	Mittelstadt	Großstadt
Gesamt:	74	41	21	0
%	54,41	30,15	15,44	0

b) Die Magen-Darm-Erkrankungen nach der oben bereits beschriebenen Methode differenziert in:

	Männer	Frauen	Gesamt	%
Relevante aber unklare Störung	16	23	39	28,67
Gastro-duodenal Erkrankung, funktionell	7	8	15	11,03
Ulcus pepticum Magen od. Duodenum	22	4	26	19,12
Habituelle Obstipation	15	38	53	39,56
Colitis ulcerosa	1	0	1	0,73
Häufig Diarrhoen	2	0	2	1,46

Bezogen auf die Gesamtzahl der 400 untersuchten Patienten ergaben sich für die Häufigkeit der einzelnen Magen-Darm-Störungen folgende Prozentzahlen:

	Gesamt	%
Relevante aber unklare Störung	39	9,75
Gastro-duodenal Erkrankung, funktionell	15	3,75
Ulcus pepticum, Magen oder Duodenum	26	6,50
Habituelle Obstipation	53	13,25
Colitis ulcerosa	1	0,25
Häufig Diarrhoen	2	0,50

Die Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes sind im einzelnen den psychiatrischen und neurologischen Fällen zuzuordnen.

	psychiatrisch	%	neurologisch	%
Relevante aber unklare Störung	25	18,75	14	10,30
Gastro-duodenal Erkrankung, funktionell	6	4,41	9	6,61
Ulcus pepticum Magen od. Duodenum	9	6,61	17	12,50
Habituelle Obstipation	32	23,53	21	15,44
Colitis ulcerosa	0	0,00	1	0,73
Häufig Diarrhoen	1	0,73	1	0,73

c) Diagnoseklassen und Auffälligkeiten im Primärcharakter:

I. Psychiatrische Diagnose und Nebendiagnose

	Männer	Neben-diagnose	Frauen	Neben-diagnose
Endogene Depressionen	13	0	20	4
Schizophrenie	3	1	3	0
Manisch-depressive Erkrankungen	1	0	3	0
Manie	2	0	0	0
Depressionen im Klimakterium	0	0	4	0
Involutions-depressionen	8	2	3	0
Psychopathisch-neurotische Syndrome	5	1	8	1

Zuordnung der psychiatrischen Diagnosen zu den einzelnen Magen-Darm-Erkrankungen:

	Relevante aber unklare Störungen	Gastro-duodenal-Erkrankung, funktionell	Ulcus pep-ticum	Habituelle Obstipa-tion
endogene Depressionen	14	2	3	14
Schizophrenie	2	0	0	4
manisch-depressive Erkrankungen	1	1	0	2
Manie	1	0	0	1
Depressionen im Klimakterium	0	0	0	4
Involutions-depressionen	4	0	3	4
psychopathisch-neurotische Syndrome	3	3	3	3

Colitis ulcerosa kam bei den psychiatrischen Fällen nicht vor. Häufig Diarrhoen fanden wir nur in einem Fall bei einem psychopathisch-neurotischen Syndrom.

II. Neurologische Diagnose und Nebendiagnose

	Männer	Neben-diagnose	Frauen	Neben-diagnose
Cerebrale Anfallsleiden	2	0	6	0
Cerebrale Gefäßprozesse	7	1	3	2
Tumoren des ZNS	2	0	2	0
Entzündliche Erkrankungen des ZNS und peripherer Nerven	2	0	2	0
Hirnatrophische Prozesse	2	0	0	0
Traumatische Hirnschädigungen	2	0	1	0
Traumatische Verletzungen peripherer Nerven incl. Bandscheibenschäden	2	0	2	0
Spinalerkrankungen (funikuläre Myelose, Tabes etc.)	3	0	1	0
Entmarkungserkrankungen	4	0	6	0
Hirnorganische Prozesse	3	0	4	0
Ungeklärte Krankheiten	3	0	4	0

Zuordnung der neurologischen Diagnosen zu den einzelnen Magen-Darm-Erkrankungen:

	Relevante aber unklare Störungen	Gastro-duodenal Erkrankungen, funktionell	Ulcus peptic.	Habituelle Obstipation
Cerebrale Anfallsleiden	2	1	2	2
Cerebrale Gefäßprozesse	1	0	4	4
Tumorendes ZNS	0	0	3	1
Entzündl. Erkrankungen d. ZNS und peripherer Nerven	2	0	0	1
Hirnatrophische Prozesse	1	0	0	1
Traumatische Hirnschädigungen	1	1	0	1
Traumat. Verletzungen peripherer Nerven incl. Bandscheibenschäden	0	1	2	1
Spinalerkrankungen	0	0	0	4
Entmarkungserkrankungen	2	3	1	4
Hirnorganische Prozesse	2	1	4	0
Ungeklärte Krankheiten	3	2	0	2

Nicht aufgeführt sind bisher ein Fall mit Colitis ulcerosa bei cerebralen Gefäßprozessen und ein Fall mit häufigen Diarrhoen bei einem cerebralen Anfallsleiden.

Bei den neurologischen Patienten fanden wir in einzelnen Fällen psychopathologische Begleiterscheinungen. Das waren bei den Patienten mit:

	Nebendiagnose	Gesamt
Relevanten aber unklaren Störungen	1. Depressive Verstimmung 2. Endogene Verstimmung	2
Gastro-duodenal Erkrankungen funktionell	1. Hypochondrisch depressive Verstimmung	1
Ulcus pepticum Magen oder Duodenum	1. Psychogene Reaktion nach Trauma 2. Abnorme Erlebnisreaktion	2
Habituelle Obstipation	1. Involutionsdepression 2. Entwurzelungsdepression 3. Exogene Psychose nach Operation 4. Endogen-depressive Verstimmung	4

Primärpersönlichkeit

Die Patienten wurden nach ihrer Charakterstruktur in zwei Gruppen eingegliedert, und zwar einmal in die Gruppe der asthenisch-sensitiven Charaktere mit "schizoiden" Zügen wie Kontaktarmut, Pedanterie und Einzelgängertum im Sinne KRETSCHMERs, was nach unserem Muster mit extremer Kontaktarmut, sehr geringer seelischer Belastbarkeit, sehr labilem Vegetativum, starker Selbstunsicherheit, geringer körperlicher Belastbarkeit und leichter Erregbarkeit beschrieben wird.

Die andere Gruppe umfaßt den primär hyperthymen Menschen, der schwungvoll und sehr gut kontaktfähig ist. Er ist dabei seelisch und körperlich gut belastbar, selbstsicher mit stabilem Vegetativum und meist starkem Ehrgeiz.

I. Psychiatrische Patienten

	primär psychasthenisch	primär hyperthym
Männer	11 (= 34, 38% von 32)	8 (= 25, 00% von 32)
Frauen	11 (= 26, 83% von 41)	10 (= 24, 39% von 41)

Umweltprobleme

Es wurde eine Einteilung in mäßige, starke und sehr starke Belastung durch Familie, Ehe- und Liebeskonflikte, Vereinsamung und berufliche Probleme vorgenommen:

	primär psychasthenisch	Männer/	Frauen	primär hyperthym	Männ./	Fr.
mäßig	4	0	4	5	3	2
stark	4	1	3	5	1	4
sehr stark	6	3	3	2	2	0
	(= 19, 18% von 73)			(= 16, 44% von 73)		

II. Neurologische Patienten

Primärpersönlichkeit

	primär psychasthenisch	primär hyperthym
Männer	3 (= 9, 68% von 31)	11 (= 35, 48% von 31)
Frauen	7 (= 21, 88% von 32)	8 (= 25, 00% von 32)

Umweltprobleme:

	primär psychasthen.	Männer/	Frauen	primär hyperthym	Männer/	Frauen
mäßig	2	2	0	4	1	3
stark	1	1	0	0	0	0
sehr stark	1	0	1	0	0	0
	(= 6, 35% von 63)			(= 6, 35% von 63)		

Zum Vergleich der Auffälligkeiten in der Primärpersönlichkeit werden den 136 Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen die übrigen 264 Patienten gegenübergestellt.

I. Von 136 Patienten waren in bezug auf die Primärpersönlichkeit:

	primär psychastenisch	%	primär hyperthym	%
psychiatrisch	22	16, 17	18	13, 24
neurologisch	10	7, 35	19	13, 97

..... in bezug auf die Umweltsituation:

psychiatrisch	14	10, 29	12	9, 41
neurologisch	4	2, 94	4	2, 94

II. Von 264 Patienten waren in bezug auf die Primärpersönlichkeit:

	primär psychasthenisch	%	primär hyperthym	%
psychiatrisch	32	12, 12	55	20, 83
neurologisch	5	1, 89	44	16, 67

..... in bezug auf die Umwelt:

	primär psychasthenisch	%	primär hyperthym	%
psychiatrisch	21	7,95	24	9,09
neurologisch	2	0,76	12	4,54

d) Familien- und Eigenanamnese

I. Bei den Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen

Familienanamnese:

Die Auswertung erfolgt nur unter Berücksichtigung der psychosomatischen Erkrankungen.

	- psychiatrisch - Männer / Frauen	%	- neurologisch - Männer / Frauen	%
Sicher psychosomatische Krankheiten, im ganzen von geringer Bedeutung oder nur ein bis zwei Fälle 2	7	6,61	2 / 3	3,67
Grobe, massive psychosomatische Belastung 3	1	2,94	0 / 2	1,46

II. Bei den übrigen 264 Patienten:

Familienanamnese:

	-psychiatrisch - Männer / Frauen		%	- neurologisch - Männer / Frauen		%
Sicher psychosomatische Krankheiten, im ganzen von geringer Bedeutung oder nur ein bis zwei Fälle	6	5	4,17	5	7	4,54
Grobe, massive psychosomatische Belastung	0	0	0,00	0	1	0,38

Selbstmordneigungen und Selbstmordversuche:

I. Bei den Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen

Selbstmordneigung

	Männer	Frauen	Gesamt	%
unbekannt	43	48	91	66,91
suicidverdächtig ohne Äußerung	6	10	16	11,76
äußerst ernsthaft Suicidideen	9	11	20	14,71
äußerst theatralisch Suicidideen	5	4	9	6,61

Selbstmordversuche:

	Männer	Frauen	Gesamt	%
keine	57	58	115	84,56
einen	1	11	12	9,41
zwei	1	3	4	2,94
drei	4	1	5	3,67
mehr als drei	0	0	0	0,00

II. Bei den übrigen 264 Patienten:

Selbstmordneigung:

	Männer	Frauen	Gesamt	%
unbekannt	102	100	202	76,52
suicidverdächtig ohne Äußerung	18	15	33	12,88
äußerst ernsthaft Suicidideen	10	10	20	7,57
äußerst theatralisch Suicidideen	5	4	9	3,41

Selbstmordversuche:

	Männer	Frauen	Gesamt	%
keine	116	111	227	85,98
einen	16	12	28	10,61
zwei	3	6	9	3,41
drei	0	0	0	0,00
mehr als drei	0	0	0	0,00

In den folgenden Tabellen soll die Frage gestellt werden, ob es eine Häufung psychosomatischer Krankheitsbilder bei Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen gibt und welche psychosomatischen Krankheiten gehäuft bei den einzelnen Magen-Darm-Erkrankungen vorkommen. Zum Vergleich werden die 264 Patienten ohne Magen-Darm-Symptomatik herangezogen.
Untersucht werden Beziehungen zu Blutdruckveränderungen, Allergonen, Hautkrankheiten, Stoffwechselstörungen wie Adipositas und Magersucht, endokrine Leiden und Herz-Kreislaufkrankheiten.

1) Veränderungen des Blutdrucks:

I. 136 Patienten

	Relevante Störung	Gastro-duodenal Erkrankung, funktionell	Ulcus pepticum	Habituelle Obstipation
Sicherer Hypertonus, labil, nicht gravierend	5	1	1	5
Juveniler Hypertonus	1	0	0	1
Hypertonie als relevantes Leiden	2	2	1	3
Sichere Neigung zu Hypotonie	2	0	0	7
Orthostatische Anfälle, Synkopen	0	0	0	0
Gesamt:	10	3	2	16

Insgesamt fanden wir bei den Patienten 31 Fälle mit Blutdruckveränderungen = 22,80%.
Davon hatten 22 Patienten einen Hypertonus = 16,17%
und 9 Patienten hatten einen Hypotonus = 6,61%

II. 264 Patienten

sicherer Hypertonus	juveniler Hypertonus	Hypertonie als relevantes Leiden	Neigung zu Hypotonie	Orthostatische Anfälle
19	1	19	13	1

Von den übrigen 264 Patienten hatten 53 Blutdruckveränderungen = 20,07%.
Dabei fanden wir in 39 Fällen einen Hypertonus = 14,78%
und in 13 Fällen einen Hypotonus = 4,92%.

2) Allergosen

I. 136 Patienten

	Relevante Störung	Gastroduodenal Erkrankung, funktionell	Ulcus pepticum	Habituelle Obstipation
Asthma bronchiale	1	4	0	1
Urtikaria	2	1	0	3
Heuschnupfen	0	0	0	0
Sonstige	1	0	3	3
Gesamt:	4	5	3	7

19 der Patienten litten unter Allergosen = 13,98%

II. 264 Patienten

Asthma bronchiale	Urticaria	Heuschnupfen	Sonstige
7	8	5	14

Insgesamt also 34 Patienten mit Allergosen = 12,88%

3) Hautkrankheiten

I. 136 Patienten

	Relevante Störung	Gastro-duodenal Erkrankung, funktionell	Ulcus pepticum	Habit. Obsti-pation	Häufig Diarrh.
Ekzeme, Milchschorf	2	3	1	7	1
Neuro-dermitis	1	0	0	0	0
Psoriasis vulgaris	2	0	2	2	0
Alopecia areata od.totalis	0	0	0	0	0
Sonstiges	8	1	1	10	0
Gesamt:	13	4	4	19	1

41 Patienten hatten Hauterkrankungen = 30,15%

II. 264 Patienten

Ekzeme, Milchschorf	Neuro-dermitis	Psoriasis vulgaris	Alopecia areata od. totalis	Sonstiges
17	1	3	5	29

Das sind insgesamt 55 Patienten = 20,83%

4) Adipositas oder Magersucht

I. 136 Patienten

ADIPOSITAS	Relev. Störungen	Gastro-duoden. Erkrankg.	Ulcus peptic.	Habit. Obsti-pation	Colit. ulcer.	Häufig Diarrh.
Fragliche od. leichte Neigung	6	3	0	4	1	0
Mittelgradig, nicht sicher pathologisch	3	2	2	7	0	0
sicher	2	2	1	8	0	1
schwer	3	1	1	4	0	0
MAGERSUCHT						
Fraglich leichte Neigung	4	0	0	1	0	1
geringe bis mittlere Neigung	4	0	4	2	0	0
relevante Neigung	3	1	1	4	0	0
schwer und sehr schwer	0	0	1	1	0	0

51 Patienten hatten eine fragliche oder sichere

Adipositas = 37,50%

27 Patienten zeigten eine geringe bis schwere

Magersucht = 19,85%

N.B. - Eine sichere Adipositas wurde angenommen, wenn das Normalgewicht nach Broca (Sollgewicht in kg = Körperlänge in cm minus 100) um mehr als 25% überschritten wurde.

II. 264 Patienten

Adipositas

fragliche oder leichte Neigung	mittelgradig, nicht sicher pathologisch	sicher	schwer
23	20	21	8

72 Patienten hatten eine fragliche oder sichere Adipositas = 27, 27%

Magersucht

fraglich leichte Neigung	geringe bis mittlere Neigung	sicher	schwer
12	9	7	1

29 Patienten zeigten eine geringe bis schwere Magersucht = 10, 61%

5) Schilddrüsenerkrankungen und andere endokrine Leiden

I. 136 Patienten

	Relevante Störung	Gastro-duodenal Erkrankg., funktionell	Ulcus pepticum	Habituelle Obstipation
fragliche Hyperthyreose	4	1	1	4
sichere Hyperthyreose	1	0	0	0
schwere Hyperthyreose	0	0	0	0

	Relevante Störung	Gastro-duodenal Erkrankung, funktionell	Ulcus pep-ticum	Habituelle Obstipa-tion
Fragliche Hypothyreose	1	0	0	1
Sichere Hypothyreose	0	0	0	0
Schwere Hypothyreose	0	0	0	o
Fragliche, sonstige endokrine Leiden	0	2	1	2
Sichere, sonstige endokrine Leiden	0	0	1	0

13 Patienten hatten Schilddrüsenerkrankungen = 9, 56% ,

6 hatten sonstige endokrine Leiden = 4, 41%

II. 264 Patienten

Fragliche Hyperthyreose	Sichere Hyperthyreose	Schwere Hyperthyreose
12	1	0

Fragliche Hypothyreose	Sichere Hypothyreose	Schwere Hypothyreose
3	1	0

17 Patienten hatten Schilddrüsenerkrankungen = 6, 43%;

sichere sonstige endokrine Leiden fanden wir bei einem Patienten = o, 38%.

6) Herz- und Kreislaufkrankheiten

I. 136 Patienten

	Relevante Störung	Gastro-duodenal Erkrankung, funktionell	Ulcus pepticum	Habituelle Obstipation
Verdacht auf Arteriosklerose	0	0	5	6
sichere Gefäßprozesse	0	0	2	4
cerebrale Verschlußkrankheit	0	0	1	0
apoplektischer Insult	0	0	0	0
ischämischer Insult	0	0	0	0
funktionelle Herz-Kreislaufstörungen	8	2	3	11
sicherer Herzfehler	1	1	0	1
sonstiges	5	4	1	3

47 Patienten hatten Herz- und Kreislaufkrankheiten = 34, 56%

II. 264 Patienten

Verdacht auf allgemeine Arteriosklerose	22
Sichere Gefäßprozesse	14
Cerebrale Verschlußkrankheit	4
Apoplektischer Insult	5
Ischämischer Insult	3
Funktionelle Herz-Kreislaufstörungen	25
Sicherer Herzfehler	4
Sonstige Herz-Kreislaufkrankheiten	12

89 Patienten hatten Herz- und Kreislaufkrankheiten = 33, 71%

Berücksichtigung spezieller, neurogenpsychologischer Faktoren: Es soll die Häufigkeit von Milieuschäden bei Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen aufgezeigt werden. Als Kontrollpersonen dienen wieder die 264 übrigen Fälle.

e) Anhalt für äußere Fehlprägungen, Milieuschäden oder dergl. (höchstens bis zur Pubertät)

I. 136 Patienten

	Relevante Störung	Gastro-duodenal Erkrankg.,	Ulcus pep-ticum	Habit. Obsti-pation	Häufig Diarrh.
leicht	3	1	1	1	0
mittelgradig	4	0	1	4	0
schwer	6	0	5	8	1

37 Patienten waren in ihrer Jugend Milieuschäden ausgesetzt = 27, 21%.

II. 264 Patienten

leicht	mittelgradig	schwer
8	12	19

39 Patienten zeigten Umweltschäden in der Jugend = 14, 77%

f) Spezielle psychoanalytische Momente

I. 136 Patienten

	Relevante Störung	Gastro-duodenal Erkrankg.	Ulcus pep-ticum	Habit. Obsti-pation	Häufig Diarrh.
oral-kaptative Besonder-heiten	2	1	3	7	0
aggressiv dito	2	0	2	2	0
erotisch-sexuell	4	0	0	2	0
besonders 1 und 2	0	0	1	1	0
besonders 2 und 3	2	0	1	1	0
besonders 1 und 3	2	0	2	2	0
1 bis 5	0	0	1	0	1

Es ergeben sich 38 Fälle = 27,94%

II. 264 Patienten

oral-kaptat. Bes. heiten	aggressiv dto.	erotisch-sexuell	bes. 1 u. 2	bes. 2 u. 3	bes. 1 u. 3	1 - 5
10	7	2	7	3	6	0

35 Patienten = 13,26%

Um die zahlenmäßigen Ergebnisse auf einer einheitlichen Ebene interpretieren zu können, haben wir in Relativprozent umgerechnet und wollen abschließend eine vergleichende Zusammenfassung geben. Auf die Frage der statistischen Signifikanz werden wir im Rahmen der Diskussion eingehen.

Bei der Zahl der Patienten, die in der Anamnese oder synchron mit der jetzigen Erkrankung an Magen-Darm-Beschwerden litten, zeigt sich ein Überwiegen der psychiatrischen Patienten gegenüber den neurologischen um etwa 7, 35%.
Die Patienten gehören überwiegend den mittleren und höheren Altersgruppen an. Ein Gipfel liegt zwischen 40 und 49 Jahren. Das Gros der Patienten ist verheiratet, nämlich 59, 56%; dann folgen die Ledigen mit 30, 88% . Geschieden oder verwitwet bzw. wiederverheiratet ist nur ein geringer Teil, insgesamt etwa 9, 55%. Alle Patienten waren schulfähig. 78, 68% davon besuchten die Volksschule, dann folgen Mittelschulen und Fachschulen mit je 5, 55%; Oberschulen, Gymnasien, Hochschulen und Universitäten liegen an dritter Stelle mit je 5, 15%. Eine Hilfsschule besuchten etwa 2, 21%.

Die Patienten kamen zu 57, 35% aus dem Arbeiterstand; es folgen die Angestellten mit 27, 94%, die freiberuflich Tätigen bzw. Selbständigen mit 8, 68% und die Beamten mit 4, 41%. Noch in Ausbildung waren nur 2, 21% der Patienten.
Die Einstufung nach dem Sozialniveau erfolgte entsprechend dem monatlichen Einkommen der Patienten, wobei ein Gehalt von 800 DM bis 1500 DM als durchschnittlich angesehen wurde. In diese Kategorie kamen die meisten der Patienten, nämlich 68, 38%. Unter dem Durchschnitt lagen 23, 53% und über dem Durchschnitt 5, 88%. In elenden Verhältnissen lebten etwa 2, 21% der Patienten.

Das Krankengut entstammte einer überwiegend ländlichen Gegend. 54, 41% der Patienten lebten in Dörfern, 30, 15% in einer Kleinstadt und die übrigen 15, 44% in einer mittelgroßen Stadt.

Bei der Aufgliederung nach den einzelnen Magen-Darm-Erkrankungen ergab sich, daß die habituelle Obstipation[+] mit 39, 56% die häufigste Erkrankung im Magen-Darm-Trakt war. Danach kamen relevante aber unklare Störungen mit 28, 67%. Die Ulcus-Häufigkeit lag bei 19, 12%, und funktionelle Gastro-duodenal-Erkrankungen fanden wir in 11, 03% der Fälle. Colitis ulcerosa beobachteten wir nur in einem Fall, d. s. 0, 73%. An häufigen Diarrhoen litten zwei der Patienten, also 1, 40%.

Nehmen wir die Gesamtzahl der 400 explorierten Patienten als Ausgangswert für die Berechnung, so ergibt sich bei einem unausgewählten Patientengut eine Häufigkeit der Magen-Darm-Erkrankungen von 34%. Dabei finden wir die habituelle Obstipation in 13, 25% der Fälle, relevante aber unklare Störungen in 9, 75% und eine Ulcus-Häufigkeit von 6, 50%. Funktionelle Gastro-duodenal-Erkrankungen nehmen 3, 75% der Fälle ein, Colitis ulcerosa 0, 25% und 0, 50% der Fälle haben häufig Diarrhoen.

Die 136 Patienten mit Erkrankungen im Magen-Darm-Trakt setzen sich, wie oben beschrieben, aus psychiatrischen und neurologischen Fällen zusammen. Ordnen wir die einzelnen Magen-Darm-Erkrankungen diesen Gruppen zu, so finden wir die habituelle Obstipation 8, 09% und die relevanten aber unklaren Störungen 8, 27% häufiger bei den psychiatrischen Patienten als bei den neurologischen. Das Ulcus pepticum dagegen überwiegt bei den neurologischen Fällen mit 5, 89% ebenso die funktionellen Gastro-duodenal-Erkrankungen mit 2, 20%. Der Colitis-ulcerosa-Fall war ein neurologischer Patient, und bei der Diarrhoe ist das Verhältnis zwischen neurologisch und psychiatrisch gleich. Es muß dabei beachtet werden, daß wir bei den neurologischen Patienten in insgesamt neun Fällen psychische und psychotische Begleiterscheinungen gefunden haben, d. s. 6, 41%.

[+]) Unter habitueller Obstipation versteht man die Unfähigkeit des Dickdarms, sich beim Fehlen eines mechanischen Hindernisses für längere Zeit selbsttätig in ausreichendem Maß zu entleeren (DENNIG).

Bei der habituellen Obstipation hatten vier neurologische Patienten eine psychiatrische Nebendiagnose. Bei den relevanten aber unklaren Störungen sowie beim Ulcus pepticum waren es jeweils zwei und bei den funktionellen Erkrankungen eine.

Bei den insgesamt 73 psychiatrischen Patienten fanden wir die Diagnose 'Endogene Depression' am häufigsten, und zwar in 33 Fällen (24, 25 %). Danach kamen psychopathisch-neurotische Syndrome in 13 Fällen (9, 55 %) und Involutionsdepressionen in 11 Fällen (8, 09 %). Weniger häufig waren Schizophrenien mit 6 Fällen (4, 41 %), Depressionen im Klimakterium und manisch-depressive Erkrankungen mit je vier Fällen (2, 94 %) und Manie mit zwei Fällen (1, 46 %).

Bei den 63 neurologischen Fällen sahen wir kein zahlenmäßiges Überwiegen einer bestimmten Diagnose. Wir fanden cerebrale Gefäßprozesse und Entmarkungserkrankungen in je 10 Fällen (7, 35 %), cerebrale Anfallsleiden in acht Fällen (5, 88 %), hirnorganische Prozesse in sieben Fällen (5, 15 %). Mit jeweils vier Fällen (2, 94 %) waren vertreten: Tumore des Zentralnervensystems; entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems und peripherer Nerven; traumatische Verletzungen peripherer Nerven incl. Bandscheidenschäden und Spinalerkrankungen. Traumatische Hirnschädigungen lagen in drei Fällen (2, 21 %) und hirnatrophische Prozesse in zwei Fällen (1, 46 %) vor. In sieben Fällen (5, 15 %) konnte keine Diagnose gestellt werden.

Bei der Zuordnung der psychiatrischen Diagnosen zu den einzelnen Magen-Darm-Erkrankungen ergab sich in 14 Fällen eine Kombination von endogenen Depressionen mit relevanten aber unklaren Störungen im Magen-Darm-Bereich. Das sind 56 % von den insgesamt 25 Fällen. Weitere vier Fälle (16 %) sahen wir bei Involutionsdepressionen, drei Fälle (12 %) bei psychopatisch-neurotischen Syndromen und zwei Fälle bei Schizophrenien (8 %), jeweils einen Fall (4 %) bei Manie und bei manisch-depressiver Erkrankung.

Funktionelle Gastro-duodenal-Erkrankungen kamen in drei Fällen bei psychopathisch-neurotischen Syndromen vor, d. s. 50 % von insgesamt 6 Fällen. Zwei weitere Fälle (33, 33 %) kamen bei den endogenen Depressionen und der letzte Fall bei einer manisch-depressiven Erkrankung (16, 67 %) vor.
Das Ulcus pepticum fanden wir in jeweils drei Fällen (33, 33 % von neun Ulcusfällen) bei endogenen Depressionen, bei Involutionsdepressionen und bei den psychopatisch-neurotischen Syndromen.
Die habituelle Obstipation kam bei sämtlichen psychiatrischen Erkrankungen vor. Eine Häufung sahen wir bei den endogenen Depressionen, nämlich vierzehn Fälle von insgesamt 32 (43, 75 %). Jeweils vier Fälle (12, 50 %) fanden wir bei Depressionen im Klimakterium, bei Involutionsdepressionen und bei Schizophrenien. Drei Fälle (9, 38 %) bei den psychopatisch-neurotischen Syndromen, zwei Fälle (6, 25 %) bei einer manisch-depressiven Erkrankung und einen Fall (3, 13 %) bei der Manie. Diarrhoe kam bei den psychiatrischen Fällen nur einmal vor; das war bei einem psychopathisch-neurotischen Syndrom.

Die Zuordnung der neurologischen Diagnosen ergab eine Verteilung der relevanten aber unklaren Störungen im Magen-Darm-Bereich in jeweils zwei Fällen (14, 29% von 14 Fällen) auf cerebrale Anfallsleiden, entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems und peripherer Nerven, Entmarkungserkrankungen und hirnorganische Prozesse; in jeweils einem Fall (7, 14%) auf cerebrale Gefäßprozesse, hirnatrophische Prozesse und traumatische Hirnschädigungen. Drei Fälle (21, 43%) waren ungeklärt. Von den neun Fällen mit funktionellen Magen-Darm-Erkrankungen fielen drei auf Entmarkungserkrankungen (33, 33%), jeweils einer auf cerebrale Anfallsleiden, traumatische Hirnschädigungen, traumatische Verletzungen peripherer Nerven incl. Bandscheibenschäden und hirnorganische Prozesse. Zwei Fälle (22, 22%) blieben ungeklärt.

Das Ulcus pepticum fanden wir in jeweils vier Fällen bei cerebralen Gefäßprozessen und hirnorganischen Prozessen(4 Fälle von insgesamt 17 = 23, 53%); in je drei Fällen (17, 65%) bei Tumoren des Zentralnervensystems, bei entzündlichen Erkrankungen des Zentralnervensystems und peripherer Nerven, bei hirnatrophischen Prozessen, bei traumatischen Hirnschädigungen und bei traumatischen Verletzungen peripherer Nerven. Zwei Fälle (9, 52%) blieben ungeklärt.

Bei den psychiatrischen Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen sahen wir in bezug auf die Primärpersönlichkeit ein Überwiegen der psychasthenischen Gruppe. Bei den neurologischen Patienten war es umgekehrt; dort waren mehr die hyperthymen Charaktere vertreten. Umweltprobleme fanden wir vermehrt bei den psychiatrischen Patienten.

Beim Vergleich der 136 Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen (Gruppe I) mit den 264 übrigen Patienten (Gruppe II) fanden wir bei Gruppe I 23, 52% vom psychasthenischen Typ und 37, 21% vom hyperthymen Typ. Davon hatten 25, 58% Schwierigkeiten verschiedener Art und Intensität durch ihre Umwelt.

Bei der Gruppe II waren 14, 01% primär psychasthenisch und 37, 50% primär hyperthym. Von diesen Patienten hatten 22, 34% Umweltschwierigkeiten. Die restlichen Patienten waren sowohl in bezug auf den Primärcharakter als auch in bezug auf die Umweltsituation unauffällig.

Die Familienanamnese ergab bei der Gruppe I eine geringe psychosomatische Belastung von 10, 28% und eine grobe, massive Belastung von 4, 40%. Die Kontrollgruppe II zeigte geringe, psychosomatische Belastung in 8, 68% und grobe, massive Belastung in 0, 38%. Psychosomatische Erkrankungen in der Familienanamnese fanden wir also bei den Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen häufiger als bei den anderen Patienten.

Die Eigenanamnese untersuchten wir auf Selbstmordneigung und Selbstmordversuche und fanden bei der Gruppe I eine Neigung zum Selbstmord in 33, 08% und Selbstmordversuche in 16, 02%. In der Gruppe II lag die Neigung zum Selbstmord bei 23, 86% und die Selbstmordversuche bei 14, 02%.

Bei der Frage nach dem Zusammentreffen von anderen psychomatischen Krankheiten mit Magen-Darm-Erkrankungen kamen wir zu dem folgenden Ergebnis:

Wir fanden:

1. - Blutdruckveränderungen bei Gruppe I 2, 73% häufiger als bei Gruppe II,
2. - Allergonen bei Gruppe I 1, 10% häufiger als bei Gruppe II,
3. - Hautkrankheiten bei Gruppe I 9, 32% häufiger als bei Gruppe II,
4. - a) Adipositas bei Gruppe I 10, 23% häufiger als bei Gruppe II,
   b) Magersucht bei Gruppe I 9, 24% häufiger als bei Gruppe II,
5. - Schilddrüsenerkrankungen und andere endokrine Leiden bei Gruppe I 7, 16% häufiger als bei Gruppe II,
6. - Herz- und Kreislaufkrankheiten bei Gruppe I 0, 85% häufiger als bei Gruppe II.

Weiterhin haben wir äußere Fehlprägungen und Milieuschäden in der Jugend der Patienten untersucht und sahen bei Gruppe I eine Häufung von 12, 44% gegenüber Gruppe II.

Spezielle psychoanalytische Momente fanden wir bei Gruppe I 14, 68% häufiger als bei Gruppe II.

Literaturreferat

Bei der Durchsicht der deutschen und anglo-amerikanischen Literatur fanden wir keine Untersuchungen, die mit der vorliegenden Arbeit direkt vergleichbar wären. Größere statistische Arbeiten mit einer entsprechenden Zahl von Vergleichspersonen, die an einem unausgewählten Patientengut mit ähnlicher Fragestellung durchgeführt wurden, liegen unseres Wissens bislang nicht vor.

Im folgenden referieren wir Untersuchungen, die bereits im Rahmen eines psychiatrisch-neurologischen Krankengutes durchgeführt wurden.

SPIEGELBERG findet eine zeitliche Beziehung zwischen psychotischem Leiden, insbesondere Erkrankungen aus dem manisch-depressiven Formenkreis, und körperlichen Erkrankungen (z. B. asthmatische Anfälle, Exantheme, Magen-Darm-Symptome, Erscheinungen seitens des Herzens etc.)
Nach der Art der zeitlichen Beziehung werden unterschieden:

1. alternierendes Vorkommen
2. synchrones Vorkommen
3. akute Manifestationen eines körperlichen Leidens in naher zeitlicher Beziehung zum Beginn einer psychotischen Krankheitsperiode (Phase oder Schub).

SPIEGELBERG vertritt die Auffassung, daß "solange die Entstehungsursachen und -bedingungen der endogenen Psychosen noch nicht weiter geklärt sind, seien kasuistische, statistische, erbbiologische und experimentelle Bemühungen hinsichtlich klinisch augenscheinlicher Beziehungen von Psychosen zu anderen Krankheiten mit objektiven körperlichen Veränderungen angezeigt und im gewissen Sinne auch

erfolgversprechend." Die Beobachtungen SPIEGELBERGs weisen darauf hin, "wie tiefgreifend im Somatischen das endogen -psychotische Geschehen wirksam sein muß."

NIKOLAUS WOLF untersucht den Einfluß von Geisteskrankheit und Schwachsinn auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen. WOLF wirft die Frage auf, ob die prozeßhaft erkrankte Psyche oder Teilkomponenten eines krankhaften psychischen Befundes nicht auch einen Einfluß auf das Soma haben und welcher Art dieser Einfluß ist, wenn psychische Einflüsse bei Geistesgesunden zu somatischen Folgeerscheinungen im Bereich des Blutkreislaufes, Herzens, Magens usw. führen können.
Auf Grund seiner Beobachtungen ergeben sich drei Gruppen:

1. Der psychische Befund kann mittelbar oder unmittelbar den Verlauf körperlicher Erkrankungen beeinflussen , und Einzelkomponenten desselben können zu somatischen Störungsfaktoren werden.
2. Eine Reihe von somatischen Befunden zeigt das komplexe Phänomen des psychosomatischen Antagonismus.
3. Körperlich krankhafte Befunde können gleichsinnige Auswirkungen des im Vordergrund stehenden psychischen Prozesses sein.

WOLF findet einen unmittelbaren Einfluß psychischer Störungen auf den Verlauf einer somatischen Erkrankung. "Es gibt vielleicht kaum eine Komponente eines krankhaft psychischen Befundes, die nicht einmal zu einem psychosomatischen Störungsfaktor werden könnte."

BAUMEYER berichtet aus dem Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen in Berlin über die Häufigkeit von psychosomatischen Veränderungen bei seinen Patienten. Der Patientenstamm des Zentralinstitutes bestand ursprünglich aus den Versicherten der Kranken-

versicherungsanstalt Berlin (KVAB), die sich aus der sozial besonders schwachen Bevölkerungsgruppe zusammensetzen. BAUMEYER fand bei seinen Patienten die gesamte vielgestaltige Skala der psychisch bedingten Erscheinungen. Weiterhin machte er die Erfahrung, daß monosymptomatische Neurosen sehr selten sind. Durchschnittlich fanden sich bei den Männern 3,15 , bei den Frauen 4,08 Symptome - also unabhängig vom Geschlecht 3,66.

In einer Tabelle zeigt er die Aufgliederung der Symptomatik bei 500 psychogen erkrankten Patienten. Es handelt sich dabei um 500 nicht besonders ausgewählte Kranke. Allerdings nach Ausschluß der Irrläufer (von 1089 Patienten waren 23 Patienten Irrläufer = 2,1%).

Um Irrtümern vorzubeugen sei erwähnt, daß die Prozentzahlen bezogen sind auf das Gesamt von 1833 Symptomen und nicht auf die Zahl der 500 Patienten. Wenn man einzelne der wichtigsten Symptome auf die Patientenzahl bezieht, so ergibt sich, daß 39% der Patienten an depressiven Verstimmungen leiden, 30% an Kopfschmerzen und etwa 60% an Herz- und Angstsymptomen.

In bezug auf die Magen-Darm-Symptomatik kam BAUMEYER zu folgendem Ergebnis:

	Männer	Frauen	Gesamt
Ulcus ventriculi et duodeni, Gastritis	7,2%	4,7%	5,7%
Darmsymptomatik (Obstipation, Diarrhoe, Colitis ulcerosa)	4,1%	6,4%	5,5%

Von den insgesamt 1833 Symptomen fielen 707 auf Männer und 1126 auf Frauen; davon hatten körperliche Funktionsstörungen:

Männer: 421 = 59,5%; Frauen: 712 = 63%; Gesamt: 1133 = 62%
und psychische Krankheitserscheinungen:
Männer: 286 = 40,5%; Frauen: 414 = 37%; Gesamt: 700 = 38%.

ROSS interessiert sich für die Frage, ob bestimmte Organe zu bestimmten Psychosen in Beziehung stehen. Er untersuchte diesen Zusammenhang bei 1600 Patienten in einem kanadischen 'mental hospital'. Die Untersuchungen erstrecken sich auf das peptische Ulcus, Bronchialasthma, Diabetes mellitus, rheumatische Arthritis, Hyperthyreose und Hypertonus. "Patients with peptic ulcer were discovered from records of radiologic investigation or of treatment, and sometimes from a gastrectomy scar found on physical examination."

Für die Aufstellung der Statistik teilt ROSS die psychiatrischen Diagnosen in 19 Gruppen. Dabei war Dementia praecox mit fünf Untergruppen der gebräuchliche terminus technicus für die Schizophrenie. Der Ausdruck "disorders of aging" kennzeichnet alle Patienten mit seniler Demenz, cerebraler Arteriosklerose, praeseniler Demenz und Hypertensionsencephalopathien. Wir geben aus der Aufstellung nur die Gruppen wieder, die für unser Thema von Interesse sind:

	Totals	Peptic ulcer
Dementia praecox		
Simple	212	0
Hebephrenic	238	0
Catatonic	76	1
Paranoid	223	2
Other	51	0
Manic depressive		
Manic	45	4
Depressed	32	1
Circular or mixed	16	0
Disorders of aging	143	1
Totals	1608	9

Als Ergebnis findet ROSS eine Häufung des peptischen Ulcus bei dem manisch-depressiven Irresein. Einen weiteren Hinweis auf die statistische Assoziation von peptischem Ulcus und manischer Reaktionsweise ergab die besondere Beobachtung von drei männlichen Patienten mit Dementia praecox. Jeder von ihnen zeigte neben den charakteristischen Symptomen der Schizophrenie Erregungsperioden mit manischen Zügen.
ROSS betonte in diesem Zusammenhang, daß seit CUSHINGs klassischen Beiträgen zahlreiche Experimente auf die Bedeutung des Hypothalamus in der Pathogenese von Ulcerationen im Magen-Darm-Bereich hingewiesen haben. Ebenso wird auf eine Beziehung zwischen Erkrankungen aus dem Bereich des manischen Formenkreises und Läsionen im Bereich des Hypothalamus hingewiesen. Es sei wahrscheinlich, daß die Mehrzahl der Patienten mit einem peptischen Ulcus oder manischen Psychosen viel eher eine funktionelle hypothalamische Fehlregulation hatten als eine anatomische Läsion des Hypothalamus. Es sei deshalb wichtig, die gemeinsame psychologische Struktur der zwei Patientengruppen zu erwähnen.

Zusammenfassend fand ROSS keine statistische Häufigkeit zwischen einem der Psychosetypen und Bronchialasthma, Diabetes mellitus, rheumatischer Arthritis und Hyperthyreose. Dagegen fand er eine statistisch "significant association" zwischen einem besonderen Psychosetyp und dem peptischen Ulcus, nämlich dem manisch-depressiven Irresein.

ROSS betont, daß die Verbindung von Ulcus pepticum und manisch-depressivem Irresein eine neue Entdeckung sei. Ältere Berichte, die sich mit dem peptischen Ulcus bei psychotischen Patienten beschäftigt hätten, zeigten keinen Zusammenhang mit speziellen Diag-

nosen auf. Von diesen Berichten referiert er ROSENBLIETT und MANLEY, die mehrere Fälle mit einem Ulcus bei Demetia praecox beschrieben haben. Diese konnten statistisch erklärt werden, da es sich um eine Bevölkerung mit gehäufter Dementia praecox handelte.
HENRY fand ein Ulcus unter 100 psychotischen Patienten, und das war ein Manisch-Depressiver.

Anhand derselben 1600 Patienten untersucht ROSS den Einfluß bestimmter vegetativer Störungen in Verbindung mit Psychosen. Dabei werden wieder das Ulcus pepticum, Bronchialasthma, Diabetes mellitus, rheumatische Arthritis, Hypertonus und Hyperthyreose aufgeführt.

	Totals	Peptic ulcer
All patients		
Number	1608	9
Percentage	100	0, 6
Males		
Number	648	8
Percentage	100	1, 2
Females		
Number	960	1
Percentage	100	o, 1

In seiner Diskussion schreibt ROSS: "Die Häufigkeit des peptischen Ulcus (0, 6%) ist ziemlich niedrig im Gegensatz zu unserem Eindruck von der Häufigkeit in der ärztlichen Praxis außerhalb einer Nervenklinik."
Er zitiert PHILLIPS, der bei 164 Patienten einer Nervenklinik kein

peptisches Ulcus fand, obwohl zwei Fälle mit Carcinom vorkamen. ROSENBLIETT und MANLEY, die die Häufigkeit des peptischen Ulcus bei chronischen Psychosen untersuchten, fanden eine Ulcustodesrate von 6 in 200 Todesfällen.
Als Vergleichszahl gibt ROSS an, es sei durch Autopsien erwiesen, daß annähernd 10% aller Individuen irgendwann in ihrem Leben an einem chronischen Magen - oder Duodenalulcus leiden. Die Geschlechtsverteilung sei etwa 8 Männer : 1 Frau (1,2: 0,1%) nach MITTELMANN, WOLFF und HALLIDAY.
ROSS fährt fort, daß die obigen Ausführungen jetzt zu dem Einwand führen könnten, daß das peptische Ulcus weniger häufig in der Gesamtzahl der psychotischen Patienten ist als in der Allgemeinbevölkerung, daß aber die Geschlechtsverteilung des Ulcus unter den psychotischen Patienten sich nicht von den Normalpersonen unterscheidet. Die relative Seltenheit des peptischen Ulcus unter psychotischen Patienten kann im Zusammenhang mit der Beobachtung betrachtet werden, daß unter psychotischen Patienten die manisch-depressiven mehr Ulcera aufweisen als die anderen Gruppen. Er sagt: "These two findings would be consistent with the hypothesis that peptic ulcer is not associated with as severe a degree of regression and disorganisation as that present in shizophrenia and other psychoses, but rather with a mood disorder closer to the "neurotic" or "normal" response, i.e. as a vegetative neurosis."

Auch KRAINES sieht eine Verbindung zwischen dem peptischen Ulcus und dem manisch-depressiven Irresein in bezug auf die Pathogenese. Er diskutiert eine Störung im Hypothalamus bei beiden Krankheiten. "Thus in both diseases there is a hypothalamic disturbance. In peptic ulcer, the stomach and duodenum are the primary target organs; in manic-depressive illness there tend to be multiple foci, involving many organs." KRAINES fand bei 70% seiner manisch-depressiven

Patienten Magen-Darm-Symptome während der depressiven Phasen, insbesondere den zweiten und fünften Phasen. 3% der Patienten hatten röntgenologisch nachgewiesene Ulcera und viele andere Patienten ein "ulcer-syndrome".
Er betont die Abhängigkeit der Ulcussymptomatik von den Phasen des manisch-depressiven Irreseins und sieht darüber hinaus jahreszeitliche Schwankungen. Die Geschlechtsverteilung ist nach KRAINES: 2 Frauen : 1 Mann. Er findet einen Häufigkeitsgipfel bei den Frauen im 39. Lebensjahr und bei den Männern im 44. Lebensjahr.

SCHELLACK teilt Grundsätzliches zur Psychosomatik von Darm-Krankheiten, insbesondere des spastischen Kolons, mit. Das Patientengut stammt aus dem Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen in Berlin. Auf Grund eingehender Untersuchungen und/oder der analytischen Therapie von sieben Colitis ulcerosa Patienten sowie zahlreicher Patienten mit einer Symptomatik aus dem Formenkreis des spastischen Kolons, überwiegend eine Obstipation, vertrat er 1954 die Arbeitshypothese, daß diesen Symptomen die gleiche psychosomatische Störung zugrunde liegt.

1961 berichtet er von den Zusammenhängen bei 48 Patienten. Davon hatten 20 eine hämorrhagisch ulceröse, vier eine mucöse, zwölf eine spastische Kolitis, neun ein spastisches Kolon bzw. Rektum. Von den 48 Patienten hatten 39 auch eine Symptomatik im oberen Verdauungskanal, die dem Auftreten der Darmsymptome voranging.
22 Patienten hatten eine Magensymptomatik, davon vier ein Ulcus.

Die Untersuchungen erstreckten sich weiter auf ungefähr 1.000 Patienten, die unter anderen psychosomatischen Störungen auch eine Obstipation, weitere 68 eine Diarrhoe hatten. SCHELLACK greift seine frühere

Hypothese von einer neuro-muskulären Betriebsstörung als zentralen Faktor in der Pathogenese dieser Krankheiten wieder auf und schränkt sie nur für die Colitis ulcerosa insofern ein, "als hier neurocirculatorische, die Submucosa und Mucosa betreffende Störungen das primäre Geschehen beherrschen können." Er betont weiterhin, daß "die den somatischen Vorgängen zugeordnete psychopathologische Grundstörung, die gleiche ist, die nach Alter und konstitutioneller Bereitschaft des Organismus verschieden beantwortet werden kann."

WIECK führte klinische Untersuchungen zur Psychosomatik der Ulcuskrankheit durch und untersuchte:

1. - 100 Patienten, die wegen eines Ulcus ventriculi oder eines Ulcus duodeni in der Chirurgischen Universitätsklinik Köln operiert wurden.
2. - 100 Kontrollpersonen ohne Ulcusleiden.
3. - 100 Patienten mit einer abnormen Persönlichkeit oder einer abnormen Erlebnisreaktion aus der Universitätsnervenklinik Köln.

Zur Frage der Persönlichkeitsbezüge bei Ulcuskranken legt WIECK die Definition von K. SCHNEIDER: "Persönlichkeit umfaßt die nicht leiblichen Gefühle und Strebungen und das Wollen", der Auswertung seiner Untersuchungen zugrunde.

ad 1. und 2.	Ulcuskranke	Kontrolle
Psychopathische Persönlichkeiten	7	5
wenig differenzierte, schlicht zufriedene	22	32
eher heitere, lebensfrohe	18	12
eher selbstsichere	21	22

Tab. Forts. ..

(Forts. Tab.)	Ulcuskranke	Kontrolle
eher gehemmte, unsichere	6	6
eher ängstliche, hypochondrische	3	5
eher depressive	9	10
wenig anpassungsfähige, leicht verletzbare	14	8
	100	100

WIECK kommt zu dem Ergebnis, "daß eine Häufung abnormer Persönlichkeiten unter den Ulcuskranken nicht vorliegt, wie auch umgekehrt bei abnormen Persönlichkeiten im Rahmen abnormer Erlebnisreaktionem das Ulcus nicht häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung auftritt; das lehrt die dritte Untersuchungsserie."

ad. 3.: "Aus der Nervenklinik wurden 100 abnorme Persönlichkeiten oder Aufnahmen mit einer abnormen Erlebnisreaktion auslesefrei zur Überprüfung der Frage herangezogen, wie häufig ein Ulcusleiden beobachtet werden kann. Bei drei Patienten handelte es sich um einen Zustand nach Magenoperationen wegen eines Ulcusleidens; die übrigen Patienten wurden einer ebenso gründlichen Röntgenuntersuchung wie die Kontrollpersonen der zweiten Serie unterzogen. Dabei konnte in sechs weiteren Fällen ein Ulcus ventriculi oder ein Ulcus duodeni festgestellt werden, so daß sich in der dritten Untersuchungsserie insgesamt neun Patienten mit einem Ulcusleiden befanden. Diese Zahl ist mit der Ulcushäufigkeit bei seelisch Unauffälligen zu vergleichen."

Ergänzend hierzu sei auf die Untersuchungen von KATSCH und PICKERT hingewiesen, die bei dem Patientengut einer Inneren

Klinik eine Häufung von Ulcuskrankheiten in Höhe von 6% fanden. Die Autoren verzeichnen eine ständige Zunahme der Ulcusfrequenz. Es sei damit zu rechnen, daß etwa 5% bis 10% der Krankenhausaufnahmen Ulcuskranke betreffen.

Auch DOLL, JONES und BUCKATZSCH (1951) berichten, daß etwa 10% aller Einweisungen der Krankenhäuser in England Ulcuskranke betreffen.

Diskussion

Unter den 400 untersuchten Patienten fanden wir bei 136, d. s. 34% der Fälle, Magen-Darm-Erkrankungen, die teilweise anamnestisch angegeben wurden, teilweise synchron mit der jetzigen psychiatrischen oder neurologischen Erkrankung verliefen.

Dieses Ergebnis läßt sich mit den Untersuchungen WINTERS vergleichen, der bei 200 Betriebsangehörigen 75 fand (59 Männer und 16 Frauen = 37, 5%), die über häufige Magenbeschwerden klagten und bei denen von Ärzten verschiedentlich Diagnosen wie Gastritis, Magenneurose, Ulcuskrankheit gestellt wurden.

Nach DOLL und JONES hatten von rund 6000 befragten Personen (4871 Männer und 1080 Frauen) 32% der Männer und 30% der Frauen dyspeptische Beschwerden.

Die 136 Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen unterschieden sich im Durchschnitt nicht von der Gesamtzahl der Patienten, was Sozialniveau, Familienstand und Beruf anbetrifft. Dagegen fiel bei der Altersverteilung ein Gipfel im fünften Lebensjahrzehnt auf, den wir bei der Gesamtzahl der Patienten nicht beobachten konnten (s. hierzu ESTERMANN und BALFOUR: Ulcus und Lebensalter).

Wir fanden bei unseren Untersuchungen ein Überwiegen von Magen-Darm-Erkrankungen zugunsten der psychiatrischen Patienten von 7, 35%. Dazu weisen wir noch einmal auf die Auseinandersetzung von WIECK und JORES hin, die völlig gegensätzliche Auffassungen vertreten. Ob unser Ergebnis bereits eine Relevanz darstellt, oder ob die Differenz noch nicht signifikant genug ist, müssen wir vor-

läufig noch dahingestellt sein lassen. Das Ergebnis der gesamten Untersuchungen bleibt abzuwarten.
Einen Hinweis gibt die Zuordnung der verschiedenen Magen-Darm-Erkrankungen zu den neurologischen und psychiatrischen Fällen. Hier zeigt sich ein Überwiegen der psychiatrischen Fälle bei relevanten aber unklaren Störungen von 8, 27% und bei der habituellen Obstipation von 8, 07%. Dagegen sind funktionelle Gastro-duodenal-Erkrankungen in 2, 2% und das Ulcus pepticum in 5, 89% häufiger bei den neurologischen Patienten. Ebenso war der Colitis ulcerosa Patient ein neurologischer Fall. Bei der Diarrhoe lagen gleiche Verhältnisse vor.

Auffällig ist dabei, daß wir in neun neurologischen Fällen psychopathische Veränderungen fanden. Diese Patienten müssen bei einer endgültigen Aussage mitberücksichtigt werden.

Primärcharakterliche Besonderheiten fanden wir nur bei einem Teil der Patienten. Dabei waren die Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen, insbesondere die psychiatrischen Patienten, vorwiegend psychasthenischer Natur, während bei den Kontrollpersonen häufiger die primär hyperthymen Charakterstrukturen anzutreffen waren.
Die Auswertung der Umweltsituation ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

Die häufigste Erkrankung im Magen-Darm-Trakt war die habituelle Obstipation (s. hierzu ALEXANDER und MENNINGER), während die Diarrhoe und die Colitis ulcerosa zu den seltensten gehören (ROHR-MOSER, WINTER, SCHELLACK). Bezogen auf die Gesamtzahl der 400 Patienten ergab sich für habituelle Obstipation eine Häufigkeit von 13, 25% und für die Diarrhoe von 0, 5%.

WINTER kam zu ähnlichen Ergebnissen; er fand bei 200 Patienten in 14,5 % Obstipation und in 3 % Diarrhoe. Zu erwähnen wäre noch, daß die von uns gefundene Ulcushäufigkeit von 6,5 % übereinstimmt mit den Ergebnissen von KATSCH und PICKERT.

Eine besondere Affinität bestimmter Magen-Darm-Erkrankungen fanden wir nur bei den Depressionen im Klimakterium. Sämtliche Fälle litten unter habitueller Obstipation; weitere Erkrankungen im Magen-Darm-Bereich lagen hier nicht vor. Dagegen fanden wir die Obstipation bei sämtlichen psychiatrischen Diagnosen. Eine Häufung des Ulcus bei manisch-depressiver Erkrankung (ROSS) konnten wir nicht beobachten, ebensowenig bei der Schizophrenie. Eine Beurteilung ist uns in diesen Fällen jedoch wegen der geringen Zahl nicht möglich. Wir sahen dagegen Ulcera bei endogenen Depressionen, bei Involutionsdepressionen und bei psychopatisch-neurotischen Syndromen (Fall 2); bei den neurologischen Diagnosen kamen Kombinationen von Ulcus mit cerebralen Anfallsleiden, cerebralen Gefäßprozessen, Tumoren des Zentralnervensystems, traumatische Verletzungen peripherer Nerven, Entmarkungserkrankungen und hirnorganischen Prozessen vor.

Der Colitis ulcerosa Patient, der sich während unserer Untersuchungen in einer inaktiven Phase befand, zeigte ein cerebralorganisches Syndrom. Ähnliches beobachtete SPIEGELBERG, der neurologische Komplikationen außerhalb der akuten Schübe der Colitis ulcerosa beschrieben und besonders betont hat.

Depressiv-zwangsneurotische Persönlichkeitsentwicklung (ALEXANDER, GARMA, GLATZEL, SCHWIDDER), die sich im Sinne von

Selbstmordneigung und Selbstmordversuchen äußerten, lagen bei den Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen gehäuft vor. Wir errechneten eine Differenz in der Selbstmordneigung (s. hierzu auch Fall 3) von 9, 22%, bei den Selbstmordversuchen von 2, 0%.

Bedeutungsvoll erscheinen uns psychosomatische Erkrankungen in der Familien- und Eigenanamnese der Patienten. Wir beobachteten Auffälligkeiten in dieser Beziehung in der Familienanamnese der Magen-Darm-Patienten in 5, 59% häufiger als bei den 264 Kontrollpersonen. In der Eigenanamnese fanden wir sämtliche von uns berücksichtigten psychosomatischen Krankheiten häufiger als bei der Kontrollgruppe (Fall 1; 2). Dies war besonders signifikant bei Hautkrankheiten, Adipositas und Magersucht sowie bei Schilddrüsenerkrankungen und anderen endokrinen Leiden.

Insgesamt sahen wir eine Häufung von Magen-Darm-Erkrankungen bei psychiatrischen Patienten gegenüber neurologischen. Unsere Ergebnisse entsprechen den meist im internistischen Fachgebiet liegenden statistischen Angaben, wenn man die Häufung der Magen-Darm-Erkrankungen im ganzen vergleicht. Im Detail zeigen sich jedoch für unser Fachgebiet spezifische Verschiebungen.

Außerdem manifestierten sich bei den meisten unserer 136 Patienten polysymptomatische, psychosomatische Bilder in der Anamnese. SPIEGELBERG kommt zu einem ähnlichen Ergebnis, wenn er sagt, daß psychosomatische Krankheiten bei ein und demselben Patienten selten allein sondern im Gefolge anderer vorkommen.

Psycho-soziogene, ätiologische Momente zieht er zwar nicht in Zweifel, wirft aber die Frage auf, ob es überhaupt spezielle Persönlichkeitsstrukturen bei einzelnen psychosomatischen Krankheiten gibt.

Diese detaillierten Untersuchungen sind als ein vorläufiges Zwischenergebnis von einer abschließend durchzuführenden Faktorenanalyse zu betrachten, die sich auf eine wesentlich höhere Patientenzahl beziehen wird. Ihre Aussagekraft wird deshalb höher zu bewerten sein als unsere im Rahmen dieser Diskussion gestellte Frage nach möglichen, statistisch gesicherten Häufungen.

Die Relation der Magen-Darm-Erkrankungen bei den psychiatrischen Patienten zu denen bei den neurologisch Kranken haben wir in Relativprozent angegeben. Berechnet man nach der Chi-Quadrat Verteilung ergibt sich für Chi-Quadrat = 1,115; p ist damit größer als 0,2.

In diesem Zusammenhang ist es interessant, die Frage zu untersuchen, ob Kombinationen zwischen den Magen-Darm-Erkrankungen und anderen psychosomatischen Krankheiten häufig sind, was man auf Grund unserer Berechnungen in Relativprozent eventuell annehmen könnte.

Wir fanden für die Kombinationen der Magen-Darm-Erkrankungen mit

Blutdruckveränderungen	Chi-Quadrat = 0,351 $p > 0,5$
Allergosen	Chi-Quadrat = 0,942 $p > 0,3$
Hauterkrankungen	Chi-Quadrat = 4,28 $p < 0,05$
Magersucht und Fettsucht	Chi-Quadrat = 7,41 $p < 0,01$
Schilddrüsenerkrankungen u. endokrine Leiden	Chi-Quadrat = 5,9 $p < 0,025$
Herz- und Kreislauferkrankungen	Chi-Quadrat = 0,0322 $p > 0,8$

Anmerkung: Signifikanz ist gegeben bei $p \leq 0,01$; ist $p \leq 0,05$ besteht eine biologische Wahrscheinlichkeit.

Gleichzeitig haben wir die Frage untersucht, ob von Seiten des Milieus die Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen gehäuft Schädigungen ausgesetzt sind und errechneten Chi-Quadrat = 9,08 ; $p < 0,01$.

Eine Häufung gastro-intestinaler Erkrankungen bei den psychiatrischen Patienten konnten wir im Vergleich mit den von uns untersuchten Patienten der neurologischen Abteilung nicht feststellen. Bei den Berechnungen der Kombinationen fanden wir signifikante Häufungen von:

a) Magersucht und Fettsucht,
b) Milieuschäden
und biologisch wahrscheinliche Häufungen von:
c) Hauterkrankungen
d) Schilddrüsenerkrankungen und endokrinen Leiden
mit Magen-Darm-Erkrankungen.

Wir zitierten in unserer Einleitung Autoren, die enge Beziehungen besonders von Magen-Darm-Erkrankungen zu Veränderungen im Bereich des Stammhirns nachgewiesen haben (HAUSER, TÖNNIES, BISCHOF, MOGILNITZKY, BURDENKO, MALONEY).

LÓPEZ IBOR und SPIEGELBERG postulieren auf Grund ihrer klinischen Erfahrung Zusammenhänge mit den endogenen Psychosen besonders des zyklothymen Formenkreises. Wir haben versucht, mit unseren Ergebnissen Häufigkeiten hierzu nachzuweisen. Das gesamte Patientengut haben wir in vier Gruppen aufgeteilt:

I. Gruppe: endogene Psychosen
II. Gruppe: neurotische Syndrome
III. Gruppe: neurologische Erkrankungen mit Beteiligung des Stammhirns
IV. Gruppe = Kontrollgruppe: periphere neurologische Erkrankungen.

Die Berechnungen führten wir für die Gesamtheit der von uns beobachteten Magen-Darm-Erkrankungen durch. Wir fanden für die Verteilung dieser Erkrankungen verglichen mit der Gruppe IV

für die Gruppe I	Chi-Quadrat = 4,4 $p < 0,05$
für die Gruppe II	Chi-Quadrat = 0,00397 $p > 0,9$
und für die Gruppe III	Chi-Quadrat = 1,22 $p > 0,2$

Zwar können wir in diesem Zusammenhang keine Signifikanzen nachweisen, jedoch kann man mit biologischer Wahrscheinlichkeit enge Beziehungen der Magen-Darm-Erkrankungen zu den endogenen Psychosen annehmen, ein Ergebnis, das LÓPEZ IBOR, SPIEGELBERG u.a. auf Grund klinischer Erfahrungen bereits gewonnen haben.

Zusammenfassung

In der Einleitung wurden ätiologische und pathogenetische Fragen der Magen-Darm-Erkrankungen erörtert. Dazu wurden mehrere Hypothesen aufgeführt.
Es wurde eine Aufteilung der psychosomatischen Krankheiten im Magen-Darm-Bereich vorgenommen unter Betonung der von uns berücksichtigten Störungen.

Unsere Untersuchungsserie erstreckte sich auf 400 Patienten, von denen wir einige auswählten und als kasuistischen Teil der Arbeit voranstellten. Dabei wurde dieser Teil absichtlich kurz gehalten, da der Schwerpunkt unserer Arbeit in dem analysierenden Vergleichen von Persönlichkeitsstrukturen, hereditärer Belastung und Kombinationen mit anderen psychosomatischen Krankheiten liegt.

Die Arbeit wurde durchgeführt unter Verwendung der von Bochnik entworfenen Fragebogenmethode, die Spiegelberg mit 30 speziellen Zusatzfragen erweitert hat. Auf die Schwierigkeiten in der Wahl der Explorationsmethode und -technik wurde hingewiesen.

Unsere Ermittlungen ergaben eine Häufigkeit von Magen-Darm-Erkrankungen bei den Patienten einer neurologisch-psychiatrischen Klinik von 34%, wobei wir ein Überwiegen der psychiatrischen Patienten beobachteten. Weiterhin wurden Kombinationen mit anderen psychosomatischen Krankheiten nachgewiesen.

Ein spezielles Literaturreferat gibt einen Überblick über vergleichbare Beobachtungen, die von anderen Autoren an einem psychiatrisch-neurologischen Krankengut gemacht wurden.

In der Diskussion wurden unsere Ergebnisse mit entsprechenden Statistiken, insbesondere aus dem internistischen Fachgebiet, verglichen und eine relative Übereinstimmung festgestellt.

Literaturverzeichnis

Alexander, F.: Psychosomatische Medizin, Grundlagen und Anwendungsgebiete. De Gruyter, Berlin 1951

Alexander, F. und W. C. Menninger: Relation of persecutory delusions to the functioning of the gastro-intestinal tract. J. nerv. ment. Dis., 84, 541 (1936)

Aschoff.: zitiert nach Birkmayer

Baumeyer, F.: Erfahrungen über die Behandlung psychogener Erkrankungen in Berlin, Z.f. psycho-soma. Med. 8, (1961/62), 162

v. Bergmann: Neuere Probleme in Beziehung zur Magengeschwürsentstehung. Dtsch. med. Wschr., 73 (1948), 621

Birkmayer, W.: Zur Psychosomatik des Ulcus pepticum. In: Der Magen und seine Krankheiten. Hersg. R. Boller, Urban & Schwarzenberg, Wien (1954) 367

Bochnik, H. J. und H. Legewie: Multifaktorielle klinische Forschung. Enke, Stuttgart 1964

Bodechtel: zit. nach Gagel

Bogen, H.: Experimentelle Untersuchungen über psychische und assoziative Magensaftsekretion beim Menschen. Pflügers Arch. ges. Physiol., 117, (1907) 150

Burger, A. J.: Aspects psychosomatiques de la diarrhée. Rev. Prat., Paris (1962), 12, 199

Bykow, K. M.: und I. T. Kurcin: Koritko-viszerale Pathogenese der Ulcuskrankheit. 2 Aufl., Volk und Gesundheit, Berlin (1954)

Curtius, F. und H. G. Rohmoser: Zur Psychotherapie der Colitis ulcerosa. Dtsch. med. Wschr. 80 (1955), 105

Cushing, H.: The possible relation of the central vegetative nervous system to the peptic ulcers. New. England J. Med. 205 (1931) 979

Cushing, H.: Peptic ulcers and the interbrain. Surg. Gynec. Obst. 55, 1 (1932)

Daniels, G. E.: Psychiatric Aspects of Ulcerative Colitis. New England J. Med. 226 (1942)178

Daniels, G.E.: Psyciatric Factors in Ulcerative Colitis. Gastroenterology 10 (1948) 59 Zit.: nach Spiegelberg, U.: Colitis ulcerosa

Dreyfus, G.L.: Über nervöse Dypepsie. Fischer, Jena 1908

Engel: Studies of ulcerative colitis IV. The significance of Headaches. Psychosomat. Med. 18 (1956) 384

Ewald, C.A.: Psychosen bei inneren Krankheiten. Bumkes Hdb. d. Geisteskrankh. B.7, Springer, Berlin (1928) 100

Fahrländer, H.: Pathogenese, Verlauf u. Therapie der ulcerösen Colitis. Schw. med. Wschr. 92 (1963) 1235

Freud, S.: Ges.-Schrift. B I 306 Deuticke Wien 1905

Gagel, O.: Ulcus ventriculi, duodeni et jejuni. Hdb. d. Inneren Med. 4. Aufl. V/2 S. 869

Garma, A.: Psychische Faktoren bei gastrischen und Duodenalulcera; Psychoanalytische Ergebnisse. Z.f. psycho-somat. Med. 4, 57 (1957/58)

Glatzel, H.: Zur Psychosomatik der Ulcuskrankheit; Ergebnisse einer klinischen Arbeitsrichtung. Z. psycho-somat. Med. 1, 11 ((1954/55)

Grützer, R.R.: Psychosomatic Research, Norton, New York (1953); u. Hypothalamic functions in psychosomatic Interrelations. Psychosomat. Med. 1 (1939) 19

Gruhle, : Hdb. d. Inn. Med. 4. Aufl. V/3 S. 1246

Gutzeit: zit. nach Birkmyer

Hagsphihl: Das Besitzproblem im auslösenden Konflikt bei Magen-Darm-Erkrankungen. Z.f. psychosom. Med. 1 (1954), 21

Halliday, I.L.: Psychosocial medicine, a study of the sick society. Norton, New York 1948

Hauser: zit. nach Birkmayer

Henry: zit. nach Ross

Hess, W.R. : Die funktionelle Organisation des vegetativen Nervensystems. Benno Schwabe, Basel, 1948

Hess, W.R.: Symposium über das Zwischenhirn. Hel. phys. pharmacol. Acta suppl. 6 (1950)

Heyer, G.R.: Die Magensekretion beim Menschen unter bes. Berücksichtigung der psychischen Einflüsse. Arch. Verdaukr., 27 (1921), 227

Heyer, G.R.: Magensekretion und Psyche. Verh. Dtsch.Ges. innere Me. , 33 (1921) 447

Hoff, F.: Zur Therapie psychosomat. Erkrankungen. Psyhosom.Med. 4 (1957)

Holler: zit. nach Birkmayer

Jacob, H.: Wandlungen, Möglichkeiten und Grenzen der klinisch-psychiatrischen Exploration.
In: Randzonen des menschlichen Verhaltens. Stuttgart Enke 1962

Jacob, H.: Wandlungen und Probleme der ärztlichen Fragemethoden und -techniken in den klinischen Wissenschaften. In: Marburger Universitätsbund, Jahrbuch 1966/67, 269-278

Jackson, D.D.: Psychosomatic factors in ulcerative colitis, case report. Psychosom.Med. 8 (1946) 278

Jores, A.: Psychologische Behandlungsmethoden psychosomatischer Krankheiten. Advanc.psychosom. Med. (Basel), 3 (1963), 57

Jores, A.: Kritische Bemerkungen zu der Arbeit von H.H. Wiek Fortschr. d. Neurologie 27 (1959) 675-678

Jores, A.: Psychische Befunde bei Kranken mit Verdauungsinsuffizienz. Regensb. Jahrb. ärztl. Fortb.6 (1957), 54

Karst: zit. nach Gagel

Katsch, G.und H. Pickert: Betrachtungen zur Pathogenese des Ulcus. In: Hdb.d.Inn.Med. 4. Aufl. 3 III/1, 550

Klüver und Bucy: zit. nach Hess

Kraines, S.H: Seasons, Ulcus and Depression, Chicago Amer. J. Sostvent 29 (1958)

Kowalsky, H.: Katamnestische Untersuchungen zur Psychosomatik des Ulcus pepticum. Das Auftreten psychischer und körperlicher Symptome nach Gastrektomie. Dissertation Med. Fak. Marburg 1965

López Ibor, J.J.: Psychosomatische Forschung. In: Psychiatrie der Gegenwart. Heidelberg 1963 B.I

Mahoney: zit. nach Gagel

Mirsky, I.A.: The psychomatic approach to the etiology of clinical disorders. Psychosom. Med. 19 (1957)

Mirsky, I.A.: Pepsinogen excretion as an index of the influence of various life situations on gastric secretion. Res. Publ. Ass. nerv. ment. Dis. 29, 628, (1950)

Mogilnitzky: zit.nach Birkmayer

Mogilnitzky: u. Bewelenko: zit. nach Gagel

Murray, C.D.: Psychogenic factors in the etiologie of ulcerative colitis and bloody diarrhoe. Amer. J. med. Sci. 180. (1930) 239

v. Noorden, C.: Über nervöse Dyspepsien und deren Behandlung. Arch. Verdaukr. 43 (1928) 315

Ostrow: zi. nach Hess

Pawlow, J.P.: Ausgewählte Werke, Akademie Verlag Berlin (1953)

Phillips, R.J.: Physical disorders in 164 consecutive admission to mental hospital: The suicidance and significance. Brit. M.J. 2 (1937), 163

Rath, O.: Heutige Ansichten über die Colitis ulcerosa. Med.klin. 58 (1963) 259

Rohrmoser, H.G.: Zur Psychogenese und Psychotherapie der Colitis ulcerosa. Psychoth., Bern, 1 (1956) Ref.:Z. Psychosom. Med. 3 (1956)239

Ross, W.D.: The Association of certain vegetative Disturbances with various Psychoses. Psychosom. Med. Vol XII, 3, (1950)

Rosenblitt und Manley: A study of peptic ulcer in chronic psychosis. M. Bull. Vet. Admin. 17, 136 (1940), Ref.: nach Ross

Schellack, D.: Disease of adaption. Acta Montreal 1950

Schiff, A.: Über Magenneurosen. Z. ärztl. Fortb. 24, 760 (1927)

Schwidder, W.: Psychosomatik und Psychotherapie bei Störungen und Erkrankungen im Verdauungstrakt. Acta psychosomatica. Documenta Geigy 1965.

Selye, H.: Stress; Physiology and Pathology of Exposure to Stress; A Treatise Based on the Concepts of the General-Adaptation-Syndrome and the Disease of Adaptation. Acta Montreal (1950).

Sturm, A.: Die biphasische Innervationsstörung der Magenwand beim Ulcus ventriculi; eine Analyse der vegetativ nervösen Situation des Geschwürsmagens. Dtsch. Med. Wschr. 73, (1948)

Spiegelberg, U.: Zur Psychosomatik des Ulcus pepticum und der Colitis ulcerosa: In:Befinden und Symptom. Schattauer Verlag, Stuttgart 1964

Spiegelberg, U.: Über Beziehungen endogener Psychosen zu körperlichen Krankheiten. In: Fortschr. d. Neurol. und Psychiatrie 23 (1955)

Spiegelberg, U.: Colitis ulcerosa in psychiatrisch-neurologischer Sicht. Enke, Stuttgart 1965

Spiegelberg, U.: Kombinierte Behandlung psychosomatischer Krankheitszustände. Probleme der pharmako-psychiatrischen Kombinations- und Langzeitbehandlung. 1. Rothenburger Gespräch 1965, pp 198-207 (Karger, Basel/New York 1966)

Tönnis, W. u. W. Bischof: Störungen innerer Organe bei Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks. J. A. Barth, Leipzig 1961

Warren und Cobernick: Studies with Experimental Neuroses and Drug induced Ulceration of the Colon in Dog. Psychosom. Med. 22

Welter, M.: Über das Vorkommen psycho- oder somato-traumatischer Krankheitsauslösung im Rahmen neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen. (Katagenese) Dissertation Med. Fak. Marburg (InArbeit)

Wieck, H. H.: Klinische Untersuchungen zur Psychosomatik der Ulcuskrankheit. Fortschr. d. Neurol. und Psychiatrie 27 (1959)

Wieck, H. H.: Bemerkungen zu den vorstehenden Ausführungen von A. Jores. Fortschr. der Neurol. und Psychiatrie (1959)

Winter, E.: Über die Häufigkeit neurotischer Symptome bei "Gesunden". - Z. psychosomat. Med. 5, 153 (1958/59)

Wolf, S. und H. G. Wolff: An experimental study of changes in gastric functions in response to varying life experience. Rev. Gastroent. 14, 419 (1947)

Wolf, S.: Der Einfluß von Geisteskrankheit und Schwachsinn auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen. Psychiatria et Neurologia 137 (1959).

Bitte in Druckschrift ausfüllen !

Klinik: Kg-Nr.: behandelt von: ..... bis: .....

Vorname: Initial d. Nachnamens: geboren am: ..... 19 Nationalität: .....

Hauptdiagnosen:

Alle Nebendiagnosen:

Therapie:

1. Kostenträger: RVO 3. Kl. (1), EK 3. Kl. (2), S. 3. Kl. (3), RVO o. EK zuzahlend, 1. o. 2. Kl. (4), S. 2. Kl. (5), S 1. Kl (6), KB-BVG (7), Übrige (wie Gerichte) (8), Fürsorge (9)

2. Geschlecht: männlich(1), weiblich(2)

3. Familienstand: ledig(1), verheiratet(2), geschieden(3), verwitwet(4), verwitwet u. wiederverheiratet(5), geschieden u. wiederverheiratet(6)

4. Zahl der Kinder: (bitte direkt eintragen)

5. Wohnort: Dorf(1), Kleinstadt(2), Mittelstadt(3), Großstadt(4)

6. Sozialniveau: Elend(1), unter Durchschnitt(2), Durchschnitt (ca. DM 800,- bis DM 1500,- monatl. Einkommen) (3), über Durchschnitt(4), reich(5), sehr reich, Luxus(6)

Zum Beruf:

7. Letzte berufl. Tätigkeit als: Arbeiter(1), Angestellter(2), Beamter(3), Freiberufl., Selbständiger(4), noch in Ausbildung(5)

8. Abgeschlossener, bzw. gegenwärtig beschrittener Bildungsweg: nicht schulfähig(1), Hilfsschule(2), Volksschule(3), Mittelschule(4), Oberschule, Gymnasium(5), Fachschule(6), Hochschule, Akademie, Universität(7), andere(8)

9. Jetziger Status: Schulausbildung, (Studium) (1), in Berufsausbildung(2), im Berufsleben(3), Rentner(4), nur Hausfrau(5), berufstätige Hausfrau(6), zum Wehrdienst eingezogen(7)

Falls invalidisiert:

10. Invalidisierungsursache: oben genanntes Hauptleiden(1), oben genanntes Nebenleiden(2), Berufsunfall(3), Berufskrankheit(4), Wehrdienstbeschädigung(5)

11. Lebensalter bei Invalidisierung: bis 25 J. (1), bis 30 J. (2), bis 35 J. (3), bis 40 J. (4), bis 45 J. (5), bis 50 J. (6), bis 55 J. (7), bis 60 J. (8)

12. Aufnahmegrund: Begutachtung-sozial(1), Begutachtung-zivilrechtl. (2), Begutachtung strafrechtl. (3), Behandlung eines akuten Zustandes ohne chron. Hintergrund(4), akute Verschlechterung eines chron. Leidens(5), Behandlung eines chron. Leidens ohne aktuellen Anlaß(6), Verkehrsunfall(7), Betriebsunfall(8), anderer Unfall(9)

13. Alkoholrausch bei Aufnahme: nein(1), Nebenbefund(2), Einweisungsgrund(3)

14. Senile Veränderungen: keine 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr schwere

15. Entstehungsart des Hauptleidens: Tumor(01), Trauma(02), infektiös u. entzündlich(03), Allergie(04), körperl. u. seel. Überbelastung(05), degenerativ(06), hereditär, endogen(07), Arzneimittelmißbrauch(08), Alkoholmißbrauch(09), sonst. Intoxikationen(10), noch unbekannt(11)

16. Diagnoseklassen: (Organschwerpunkt): Psyche(01), Nervensystem(02), vegetative Dystonie(03), Sinnesorgane(04), endokrines System(05), Herz- und Kreislauf(06), Atmungsorgane(07), Nieren und ableitende Harnwege(08), Geschlechtsorgane(09), Magen und Darm(10), Mundhöhle und Oesophagus(11), Leber und Gallenblase(12), Pankreas(13), Blut und blutbildende Organe(14), Bewegungsapparat(15), Haut(16), Simulation(17), Rentenbegehren(18)

17. In welche Diagnoseklasse fällt das Hauptleiden:

18. In welche Diagnoseklasse fällt das 1. Nebenleiden:

19. In welche Diagnoseklasse fällt das 2. Nebenleiden:

20. Sicherheit der Hauptdiagnose: völlig sicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 völlig unsicher

21. Verzögerung der Diagnostik: keine(1), krankheitsbedingt(2), durch zögernde Einwilligung des Patienten(3), durch organisatorische Schwierigkeiten(4), durch verschiedene Gründe(5):

22. Dauer des Hauptleidens bis zur jetzigen Beobachtung: 1 Tag(01), bis 3 Tage(02), bis 1 Woche (03), bis 2 Wochen (04), bis 1 Monat (05), bis 2 Monate (06), bis 3 Monate (07), bis 6 Monate (08), bis 1 Jahr (09), bis 2 Jahre (10), bis 3 Jahre (11), bis 4 Jahre (12), bis 5 Jahre (13), bis 10 Jahre (14), bis 15 Jahre (15), bis 20 Jahre (16), bis 25 Jahre (17), über 25 Jahre (18)

Das Hauptleiden verläuft beim Patienten: (bitte zutreffende Zahl einkreisen)

a) sehr leicht 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr schwer

b) ohne Komplikationen 1 - 2 - 3 - 4 - 5 mit erheblichen Komplikationen: .....

c) akut 1 - 2 - 3 - 4 - 5 chronisch

d) lokalisiert 1 - 2 - 3 - 4 - 5 generalisiert

24. Prognose des unbehandelten Hauptleidens: völlig heilbar(1), unheilbar - leichte Störung(2), unheilbar - mittelschwere Störung(3), unheilbar - schwere Störung(4), tödlich binnen eines Jahres(5), tödlich binnen 5 Jahren(6), tödlich, ungewiß wann (7)

25. Prognose beim Patienten vermutlich: völlig heilbar(1), unheilbar - leichte Störung(2), unheilbar - mittelschwere Störung(3), unheilbar - schwere Störung(4), tödlich binnen eines Jahres(5), tödlich binnen 5 Jahren(6), tödlich, ungewiß wann (7)

26. Zustand bei Entlassung: geheilt(1), gebessert(2), ungebessert(3), verschlechtert(4), verstorben(5), Tod durch Selbstmord(6)

27. Weiterbehandlung: keine(1), ambulant(2), stationär(3), Pflegeheim(4), durch Hausarzt(5)

28. Selbstmordneigung: unbekannt(1), suicidverdächtig o. Äußerung(2), äußert ernsthaft S-Ideen(3), äußert theatralisch S-Ideen(4)

29. Selbstmordversuche: keine(1), einen(2), zwei(3), drei(4), mehr als 3 (5)

30. Haupttherapie: keine(01), Unfallversorgung(02), sonstig operativ(03), sonstige physikalisch-konservative Behandl. (04), medikamentös-diätetisch(05), Strahlentherapie(06), pflegerische Maßnahmen(07), ärztl. Gespräch(08), spez. Psychotherapie(09), Schocktherapie(10)

31. Schlafmittel: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(5), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(7), häufig(8)

32. Sedativa am Tag: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(4), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(7), häufig(8)

33. Analgetica: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(5), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(7), häufig(8)

34. Umgang mit Medikamenten: stark ablehnend(1), ablehnend(2), vernünftig(3), begehrend(4), Suchtneigung(5), süchtig(6)

35. Verhalten während der Behandlung: sehr tapfer 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr ängstlich
hochgradig schmerzempfindlich 1 - 2 - 3 - 4 - 5 indolent
(bitte zutreffende Zahl einkreisen)

36. Gesundungswille: sehr stark 1 - 2 - 3 - 4 - 5 will sterben

37. Stellung des Patienten zu den Ärzten:

a) Aufsuchen eines Arztes: nur bei ernstem Anlaß(1), bei angemessenem Anlaß(2), bei nichtigem Anlaß(3), nicht zu beurteilen(4)

b) Treue des Patienten zum Arzt: ausschließlich ein (prakt.)Arzt(1), vorwiegend ein (prakt.)Arzt(2), wechselt häufig den Arzt(3), wechselt häufig und macht andere Ärzte schlecht(4), nicht zu beurteilen(5)

38. Im Umgang mit dem Arzt: sehr schwierig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nicht schwierig

Primärpersönlichkeit: (bitte zutreffende Zahl einkreisen), z. B. (2)

39.	Antrieb:	schwunglos, lahm	1 - 2 - 3 - 4 - 5	schwungvoll, antriebsreich
40.	Menschlicher Kontakt:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark
41.	Körperl. Belastbarkeit:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark
42.	Seelische Belastbarkeit:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark
43.	Ehrgeiz, Geltungsbedürfnis:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark
44.	Vegetativum:	sehr labil	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stabil
45.	Affektivität:	stumpf, schwer ansprechbar	1 - 2 - 3 - 4 - 5	erregbar, reizbar
46.	Selbstgefühl:	sehr selbstunsicher	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr selbstsicher
47.	Gemüt, Emotionalität:	eiskalt	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr warmherzig
48.	Stimmung:	traurig, depressiv	1 - 2 - 3 - 4 - 5	optimistisch, heiter
49.	Intelligenz:	Schwachsinn	1 - 2 - 3 - 4 - 5	hohe Intelligenz
50.	Senile Veränd., Abbau:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr ausgeprägt
51.	Wesensänderung	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr ausgeprägt

52. Auswirkungen der genannten Persönlichkeitsmerkmale auf das Gesamtleiden:
sehr günstig(1), günstig(2), keine(3), ungünstig(4), sehr ungünstig(5)

53. Falls Auswirkung vorhanden: in akuter Phase(1), in d. Rekonvaleszenz(2), in beiden(3)

54. auf Arbeitsfähigkeit(1), stationäre Behandlungsnotwendigkeit(2), verlängerte Dauer der Behandlung(3), verkürzte Dauer der Behandlung(4), Entlassung gegen Revers(5), Ansprüche an Pflege(6)

Umweltsituation: (bitte zutreffende Zahl einkreisen)

55.	Wirtschaftliche Lage:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr günstig
56.	Wohnverhältnisse:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr günstig
57.	Häusliche Umgebung:	kalt, lieblos	1 - 2 - 3 - 4 - 5	warm, besorgt
58.	Versorgung zu Hause:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr gut
59.	Familiäre Probleme (Eltern, Kinder):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche
60.	Ehe- Liebeskonflikte:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche
61.	Entwurzelung (Flucht, u.s.w. z.B. NS-Verfolgung):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche
62.	Vereinsamung (äußere):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche
63.	Berufliche Probleme:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche

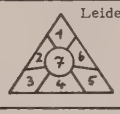
64. Auswirkung der genannten sozialen Bedingungen auf das Gesamtleiden:
sehr günstig(1), günstig(2), keine(3), ungünstig(4), sehr ungünstig(5)

65. Falls Auswirkung vorhanden: in akuter Phase(1), in d. Rekonvaleszenz(2), in beiden(3)

66. auf Arbeitsfähigkeit(1), stationäre Behandlungsnotwendigkeit(2), verlängerte Dauer der Behandlung(3), verkürzte Dauer der Behandlung(4), Entlassung gegen Revers(5), Ansprüche an Pflege(6)

67. Neigung des Patienten, Sozialleistungen auszunutzen: (Verschickungen, Verschreibungen, Krankschreiben, Bescheinigungen u. ä.):
keine (muß darauf hingewiesen werden (1), leichte(2), erhebliche(3), starke(4), extrem starke(5)

68. Schwerpunkt des Gesamtleidens:



Bei stationärer Behandlung:

69. Stationärer Aufenthalt in Wochen: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

70. Anzahl der Betten im Pat.- Zimmer: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

71. Pat. war auf Station: immer bettlägering(1), meist bettlägerig(2), zeitweise auf(3), immer auf(4)

72.	Besondere Pflegebedürftigkeit:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr große (z. B. bei Bewußtlosigkeit)
73.	Im Umgang mit dem Pflegepersonal:	sehr schwierig	1 - 2 - 3 - 4 - 5	nicht schwierig
74.	Haltung auf der Station:	rücksichtslos, fordernd	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr bescheiden
75.	Kontakt zu Mitpatienten:	ablehnend	1 - 2 - 3 - 4 - 5	stark suchend
76.	Stellung d. Mitpat. zum Patienten:	ablehnend	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr zugetan

77. Körpergröße: (cm über 100 bitte rechtsbündig direkt eintragen. Z. B. 172 [7][2])

78. Gewicht in kg nach Aufnahme: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

79. Gewicht in kg vor Entlassung: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

PERSÖNLICHE DATEN DES AUSFÜLLENDEN ARZTES:

80. Geschlecht: männlich(1), weiblich(2)

81. Lebensalter: bis 25 (1), bis 30 (2), bis 35 (3), bis 40 (4), bis 50 (5), bis 60 (6), bis 70 (7), über 70 (8)

82. Status: Medizinalpraktikant(1), Vollassistent(2), Oberarzt(3), Chefarzt(4), niedergel. prakt. Arzt(5), niedergel. Facharzt(6)

83. Ich frage nach den persönlichen und sozialen Problemen meiner Patienten: immer(1), häufig(2), nur bei offensichtlichem Grund(3), selten(4), fast nie(5)

84. Psychiatrische Kenntnisse: keine(1), Facharzt für Psychiatrie und Neurologie(2), Psychiatr. Klinikerfahrung(3)

Für den ausfüllenden Arzt reservierte Spalten zur Verschlüsselung eigener Befunde:

51	52	53	54	55	56	57	58.	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80

F a m i l i e n - A n a m n e s e:

51 Somatische Familienanamnese

0 = nicht gefragt bzw. nicht notiert

1 = unauffällig

2 = fraglich psychosomatische Krankheiten

3 = sicher psychosomatische Krankheiten, im ganzen von geringer Bedeutung oder nur ein bis zwei Fälle

4 = grobe, massive psychosomatische Belastung

5 = Allgemeinleiden mit Nervenbeteiligung

6 = innere Krankheiten

7 = gynaekologische Krankheiten

8 = Augen-, Ohren- und Hautkrankheiten

9 = sonstige, Operationen, Tumor unklarer Lokalisation, sonstige unklare oder ungeklärte Krankheiten

52 Neurologische Familienanamnese

0 = nicht gefragt bzw. nicht notiert und nicht eruierbar

1 = entzündliche oder allergische Prozesse incl. Discusprolaps

2 = traumatische

3 = Degenerativleiden

4 = Tumoren

5 = Mißbildungen

6 = gefäßbedingte Erkrankungen

7 = Encephalomyelitis disseminata (MS)

8 = Anfallsleiden wahrscheinlich oder sicher

9 = neurologische Belastung anzunehmen, aber nicht näher definiert

53 Psychiatrische Familienanamnese

0 = nicht gefragt bzw. nicht notiert

1 = Auffälligkeiten nicht bekannt

2 = Verdacht (Psychosen oder Neurosen) bei Großeltern oder anderen Verwandten 2. Grades

3 = sicheres Vorkommen (Psychosen oder Neurosen) bei Großeltern oder anderen Verwandten 2. Grades

4 = Verdacht (Psychosen oder Neurosen) bei Eltern, Geschwistern oder Kindern

5 = sicheres Vorkommen (Psychosen oder Neurosen) bei Eltern, Geschwistern oder Kindern

6 = gehäuftes Vorkommen von sicheren Neurosen, Psychopathien oder Perversionen

7 = gehäuftes Vorkommen von sicheren Psychosen, schwerste familiäre Belastung

8 = "psychiatrische Belastung" ohne nähere Definition

9 = Belastung von uns vermutet aber nicht bewiesen

Differenzierte (psychosomatische) Eigenanamnese

54 Magen - Darm

0 = nicht gefragt, vergessen, nicht berücksichtigt oder dergleichen

1 = sicher nicht oder doch höchstwahrscheinlich nicht vorhanden

2 = leichte, unklare, zu vernachlässigende Störungen

3 = relevante aber unklare Störungen

4 = Gastro-duodenal-Erkrankungen, funktionell

5 = Ulcus pepticum (Magen o. Zwölffingerdarm)

6 = habituelle Obstipation

7 = Colitis ulcerosa

8 = häufig Diarrhoen

9 = Carcinome und sonstiges

55 Veränderungen des Blutdruckes

0 = nicht gemessen, nicht bekannt, nicht festgestellt

1 = fragliche Neigung zur Hypertonie

2 = sicherer Hypertonus, labil, nicht gravierend

3 = juveniler Hypertonus

4 = Hypertonie als relevantes Leiden

5 = fragliche Neigung zur Hypotonie

6 = sichere Neigung zur Hypotonie

7 = Hypo- und Hypertonie bekannt

8 = orthostatische Anfälle, Synkopen

56 Allergosen

0 = nicht gefragt, nicht notiert oder dergleichen
1 = sicher oder höchstwahrscheinlich nicht vorhanden
2 = Asthma bronchiale
3 = Urticaria
4 = Heuschnupfen
5 = sonstige (außer Hautkrankheiten)
6 = mehrere (außer Hautkrankheiten)

57 Hautkrankheiten (ohne Urticaria)

0 = nicht gefragt, nicht notiert oder dergleichen
1 = sicher nicht oder höchstwahrscheinlich nicht vorhanden
2 = Ekzeme, Milchschorf oder dergl.
3 = Neurodermitis
4 = Psoriasis vulgaris
5 = Alopecia areata oder totales
6 = sonstiges

58 Adipositas - Magersucht

0 = nicht gefragt, Gewicht nicht gemessen, nicht notiert oder dergl.
1 = fragliche oder leichte (nicht relevante) Neigung zur Adipositas
2 = erhebliche, mittelgradige, noch nicht sicher pathologische Adipositas
3 = sichere Adipositas
4 = schwere, ins Gewicht fallende Adipositas
5 = sicher keine Körpergewichtsprobleme
6 = fraglich leichte Magersucht
7 = geringe bis mittlere Neigung zur Untergewichtigkeit
9 = schwere und schwerste Magersucht

59 Schilddrüsen-Erkrankungen(u.andere endokrine Leiden)

0 = nicht gefragt, nicht notiert
1 = sicher nicht vorhanden
2 = fragliche Hyperthyreose

3 = sichere Hyperthyreose

4 = sichere, schwere und schwerste Hyperthyreose

5 = fragliche Hypothyreose

6 = sichere Hypothyreose

7 = sichere, schwere und schwerste Hypothyreose

8 = fragliche sonstige endokrine Leiden

9 = sicher sonstige endikrine Leiden (Gonaden, Hypophyse, Nebenniere).

60 Herz-Kreislaufkrankheiten (insbes. arterielle Gefäßleiden)

0 = nicht gefragt, nicht notiert

1 = sicher nicht vorhanden

2 = Verdacht auf allgemeine oder cerebrale Arteriosklerose

3 = sichere generalisierte oder cerebrale Gefäßprozesse

4 = cerebrale Verschlußkrankheit erwiesen

5 = apoplektischer Insult unklarer Ätiologie aber wahrscheinlich oder gar sicher gefäßbedingt

6 = sicherer ischämischer Insult

7 = funktionelle Herz-Kreislaufstörungen

8 = sicherer Herzfehler

9 = sonstige Herz-Kreislaufkrankheiten u. -störungen

Neurologische Diagnose - organische Nervenleiden

61 Lokalisation

0 = nicht gefragt, nichts notiert oder dergl.

1 = cerebral, incl. Epilepsie

2 = spinal

3 = cerebro-spinal (z.B. MS)

4 = radiculär, Plexus

5 = peripher-nerval (z.B. Mononeuritis)

6 = Polyneuritis

7 = sonstige

62 Ätiologie

0 = nicht gefragt, nicht daran gedacht usw.

1 = unbekannt

2 = genetisch, erblich

3 = traumatisch
4 = entzündlich
5 = degenerativ
6 = vasculär
7 = Tumor
8 = senil, Abbau
9 = sonstige, Kombinationen

63 Psychiatrische Diagnoseklassen (führendes Moment)

0 = nicht berücksichtigt oder dergl.z.B. neurologische Fälle
1 = sicher nichts Psychopathologisches
2 = cerebral organische Psychosyndrome einschl. Schwachsinn
3 = endogen
4 = psychopathisch - neurotische Syndrome
5 = psychosomatische Syndrome
6 = Psychome (psychische Begleiterscheinungen körperlicher Krankheiten außer cerebral-organ. psychischer Symptome)
7 = endogen und psycho-soziogen
8 = cerebrale und psycho-soziogene Symptomatik
9 = endogen u. cerebral z.B. Depression im Senium mit deliranten Verwirrtheitszuständen

Spezielle T h e r a p i e

64 Differenzierung der Psychopharmacotherapie (Plö - dinger u. Schmidlin)

0 = nicht bekannt
1 = bekanntermaßen oder sicher nicht verabreicht
2 = durchgeführt, Mittel unbekannt oder unsystemat., jedenfalls nicht verwertbar
3 = systematisch Phenothiazine (Neuroplegion),stark oder stärker wirksame psychotrop-dämpfende Mittel: Megaphen,Neurocil,Truxal?Melleril,p.p.
4 = leichte psychotrop-dämpfende Mittel: Miltaun Tranquilizers
5 = Imipramin,Tofranil,Pertofran,Insidon u.dergl.
6 = Tryptiline:AG-Texa,Tryptizol,Laroxal u.dergl.
7 = Diacepoxide: Librium,Valium,Adumbran,Mogadan, und dergl.

8 = mehrere, mindestens zwei verschiedene Psychopharmaca, z.B. Megaphen-Atosil,Tofranil-Atosil, o.bes.Tryptizol-Librium, auch sonstige komb. Psychopharmacotherapie z.B. 3-4 oder mehrere verschiedene psychotrop wirksame Medikamente auf einmal oder abwechselnd

9 = sonstige, für den Fall relevante, bislang noch nicht erfasste Psychopharmacotherapie

65 Kombinationstherapie, speziell

0 = nicht bekannt

1 = nur eine Methode angewendet, z.B. nur ES oder nur Insulin (selten)

2 = nur ein Psychpharmacon (selten)

3 = systematisch zwei Psychopharmaca z.B. Tryptizol-Librium oder Tofranil-Atosil

4 = systematisch Pharmacotherapie und Schock-Therapie

5 = systematisch somatische (psychiatrische Verfahr. und Psychotherapie irgendeiner Form, einschl. gezielter ärztlicher psychagogischer Gespräche)

66 Erfolg: therapeutischer Eindruck unter Berücksichtigung objektiver u. subjektiver Momente

0 = nicht erwähnt, übersehen, rein diagnostischer Fall

1 = Nebenwirkungen überwiegen o. keine Wirkung

2 = leichte, aber nicht wesentliche Besserung

3 = deutlich, mäßig gebessert

4 = gut gebessert

5 = sehr gut gebessert, praktisch symptomlos

6 = positiver Erfolg ausschließlich auf Psychosyndrom insbesonders also nicht befriedigend

7 = positiver Erfolg ausschließlich auf somatisches Syndrom (psychotisch,psychosomatisch o.neurolog.

8 = positiver Erfolg auf psychische und somatische Symptome ausgeprägt

9 = unterschiedliche oder besondere Wirkung auf psychische und körperliche Symptome fragwürdig oder kompliziert, im Einzelfall noch nachzusehen.

Spezielle neurogenpsychologische Faktoren

67 Anhalt für äußere Fehlprägungen, Milieuschäden oder dergl. (höchstens bis zur Pubertät)

0 = nicht gefragt
1 = sicher nicht vorhanden
2 = fraglich
3 = leicht, z.B. gestörte Ehe der Eltern, Wechsel des Wohortes, Mutter berufstätig oder dergl.
4 = mittelgradig: Ehescheidung nach dem 6u.7 Lebensjahr, mäßige Trunksucht des Vaters oder der Mutter, Mutter ein Jahr lang in einer Heilstätte, gröbere psychopathisch oder leicht psychotische Mutter oder dergl.
5 = schwer: z.B. Fehlen eines Elternteiles in den ersten sechs Lebensjahren länger als ein Jahr, Ehescheidung, dito.,grob psychotische Eltern, Inzest und dergl.

68 Stellung in der Geschwisterreihe

0 = nicht bekannt
1 = Einzelkind
2 = erstes von drei und weniger
3 = erstes von vier und mehr
4 = mittleres von drei
5 = mittleres von vier und mehr
6 = letztes von drei und weniger
7 = letztes von vier und mehr
8 = Nachkömmling (prakt.Einzelkind, Abstand über 5 J.
9 = Geschwister vorhanden, Reihenfolge unbekannt

69 Soziologische Fakten - Familie

0 = nicht näher bekannt
1 = Kleinfamilie
2 = Großfamilie
3 = Niveau gleichbleibend
4 = Aufstiegsfamilie
5 = Abstiegsfamilie
6 = uneheliches Kind (Patient selbst)
7 = Kleinfamilie und Aufstieg
8 = Kleinfamilie und Abstieg
9 = Großfamilie und Aufstieg

Triebdynamisch wirksame spezielle Einwirkungen in der Kindheit

70 spezielle psychoanalytische Momente

0 = nicht näher bekannt

1 = oral-kaptative Besonderheiten (Sparsamkeit, Armut, Askese u.dergl. oder das Gegenteil)

2 = aggressiv dito. (Bescheidenheit, Gegensatz von Ehrgeiz, Demut oder das Gegenteil)

3 = erotisch-sexuell (Prüderie, antisexuelle Haltung oder das Gegenteil)

4 = besonders 1 und 2

5 = besonders 2 und 3

6 = besonders 1 und 3

7 = 1 - 3

8 = entsprechende Fehler bzw. Fehleinwirkungen unwahrscheinlich

9 = entsprechende Einwirkungen sicher nicht vorhanden

71 Schlaf-Wach-Besonderheiten (Elternhaus, Kindheit)

0 = nichts Besonderes bekannt

1 = sicher nichts Besonderes, d.h. gute Voraussetzungen für ausreichenden Schlaf

2 = Verdacht auf Schädigungen

3 = sichere, leichte Schädigung z.B. öfters Fernsehen, öfters spät ins Bett, morgens immer recht müde aus diesem Grunde

4 = mittlere Schädigung, Fernsehen, asoziales Milieu, grobe Erziehungsfehler, Trunkenheit der Eltern oder dergl.

5 = schwere und schwerste Schädigungen

72 Motorik - Sport - Gymnastik

0 = nichts Besonderes bekannt oder eruiert

1 = motorisch erheblich inhibiert, vom Turnen befreit usw. (evtl. wegen Krankheit)

2 = motorisch leicht inhibiert

3 = ein bißchen Sport, einigermaßen Durchschnitt

4 = sportlich angeregt

5 = Sport spielt in der Familie eine große Rolle

73 Religion (incl.definierter metaphysischer Haltungen; "philosophischer Glaube")

0 = nicht bekannt
1 = sehr religionsfeindlich, fanatische Christenfeide
2 = leicht und mäßig religionsfeindlich
3 = indifferent, einschl. Atheisten ohne bes.Affekt
4 = leicht bis mittelgradig gläubig, religiös
5 = betont religiös

Syndrom Shift und Katagenese

74 Syndrom Shift

0 = nicht bekannt
1 = sicher nicht vorhanden
2 = fraglich
3 = sicher, aber leicht, bzw. selten
4 = ausgeprägt, mäßig
5 = sicher und relevant

75 Syndrom Synchronizität

0 = nicht bekannt
1 = sicher nicht vorhanden
2 = fraglich
3 = sicher, aber leicht bzw. selten
4 = ausgeprägt, mäßig
5 = sicher und relevant

76 Syndrom Suppression

0 = nicht gefragt, vergessen zu fragen
1 = sicher nicht vorhanden
2 = fraglich
3 = sicher, aber leicht bzw. selten
4 = ausgeprägt, mäßig
5 = sicher und relevant

77 Ursachen von Shift und Suppression (wahrscheinliche, bzw. mögliche)

0 = nicht eruiert, nicht beachtet usw.

1 = cerebral-neurogene oder dergl.(z.B.Tumorwachstum, Hirnatrophie)

2 = psycho-soziogene (z.B.Erlebnis,Milieuwechsel)

3 = endogene, essentielle, konstitutionelle oder dergl.(z.B. Schizophrenie,Neurodermitis, essentieller Hypertonus)

4 = Psychotherapie (ausschließlich oder reine Psychotherapie z.B. Psychoanalyse)

5 = kombinierte psychiatrische Therapie:Psychopharmacotherapie, Elektro- oder Insulinschock, Psychagogik (mindestens zwei davon)

6 = ausschließlich Psychopharmacotherapie

7 = chirurgische Eingriffe (speziell Gastrektomie, Kolektomie, Strumektomie, incl.Hirntumor-Op, aber nicht Psychochirurgie

8 = Psychochirurgie und Eingriffe am Vagus, Sympaticus und Ganglion

9 = sonstiges: sonstige Therapie z.B. Hormonbehandlung,Cortisone, Bestrahlung und dergl.

K a t a g e n e s e

78 Psycho-Katagenese möglich, wahrscheinlich, oder doch ernsthaft zu diskutieren

o = nicht bedacht, nicht gefragt, notiert oder dergl.

1 = sicher nicht

2 = fraglich

3 = sichere Anhalte, aber von geringer Überzeugungskraft

4 = deutlichere, relevant anmutende Hinweise (z.B. erste MS-Symptome nach erstem Koitus, erster Asthmaanfall zwei Stunden nach Beerdigung der Mutter bei vorbestehender asthmatoider Bronchitis)

5 = positiver Extremfall wie von López Ibor erwähnt (Torsionsdystonie nach symbolischer Kopfdrehung in einer Gerichtsverhandlung; auch endogene Psychosen, der Anlaß bzw. das katagenetische Moment muß aber ein psychisch-soziogenes sein)

79 Somato - Katagenese

0 = nicht bedacht, nicht gefragt, notiert oder dergl.

1 = sicher nicht

2 = fraglich

3 = sichere Anhalte aber von geringer Überzeugungskraft

4 = deutlichere, relevant anmutende Hinweise (z.B. endogene Psychose manifestiert sich einige Tage nach sicherer, erheblicher Kopfprellung, dto. nach Fleckfieber usw.)

5 = positiver Extremfall analog Ziff. 78/5. Das katagenetische Moment muß groß und eindeutig somatogen sein, z.B. perforiertes Magengeschwür mit unmittelbar anschließender psychopathologischer Symptomatik; besonders z.B. endogene Depression nach Herzinfarkt)

80 Als Einzelfall wissenschaftlich oder didaktisch zu verwerten

0 = nicht bedacht, erwähnt pp

1 = eventuell am Rande, unter anderem

2 = im Rahmen einer größeren Serie, im Kolleg u.a. zu erwähnen

3 = von einiger Bedeutung, z.B. für kleinere Fallserie

4 = interessanter, jedenfalls zu publizierender Fall

5 = Extremfall, als Einzelfall publikationswürdig

Herrn Prof. Dr. med. H. Jacob, Direktor der Universitätsnervenklinik in Marburg, danke ich für die Erlaubnis an der Universitätsnervenklinik arbeiten zu dürfen.
Herrn Prof. Dr. med., Dr. phil. H. Ehrhardt sage ich Dank für die Übernahme des Correferates.
Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. U. Spiegelberg für die Unterstützung bei der Gestaltung und Entstehung dieser Arbeit.

Meine akademischen Lehrer waren die Damen und Herren Professoren und Dozenten in Bonn: Daneel, Dirscherl, Egli, Goslar, Hagen, Hermann, Passoth, Pischotka, Schmitz-Du Mont, Schriefers, Schumacher, Steudel, Tonutti;

in Marburg: Beckmann, Berendes, Bommer, Braun-Falco, Buchholz, Cleve, Deicher, Dellbrück, Dittrich, Dölle, du Mesnil de Rochemont, Exner, Ganz, Gedigk, Hamm, Hardewig, Herrmann, Heuser, Hildebrandt, Jacob, Knauff, Lang, Lehmann-Grube, Linneweh, Löhr, Mann, Marghescu, Martini, Marx, Neubauer, Neurath, Nocke, Poetsche, Pots, Rassner, Rodeck, Rohen, Schiff, Schirren, Schleyer, Schmid, Schmidt, Schrappe, Schwaiger, Siegert, Siess, Spiegelberg, Staib, Straub, Streicher, Willenbockel.

Lebenslauf

Am 17. November 1943 wurde ich, Brigitte Enders, als dritte Tochter des Majors Wilhelm Humberg und seiner Ehefrau Marie Luise, geb. Margenburg, in Minden geboren. Nach dem Krieg zogen meine Eltern nach Paderborn, wo ich Ostern 1950 eingeschult wurde. 1954 wechselte ich von der Volksschule zu der Staatlichen Pelizaeus-Oberschule über. Dort legte ich im Februar 1963 die Reifeprüfung ab. Im Mai 1963 begann ich an der Universität in Bonn das Medizinstudium und bestand dort nach zwei Semestern die naturwissenschaftliche und nach fünf Semestern die ärztliche Vorprüfung. Nach dem Physikum immatrikulierte ich mich an der Philipps-Universität in Marburg und meldete mich nach sechs klinischen Semestern zum Staatsexamen, das ich am 24.1.1969 bestand-

Seit dem 27. November 1965 bin ich verheiratet; meinen Hauptsitz habe ich in Alsfeld, Wallgasse 12.